



HRVATSKI SABOR

KLASA: 022-02/22-01/193

URBROJ: 65-22-02

Zagreb, 9. prosinca 2022.

P.Z.E. br. 433

**ZASTUPNICAMA I ZASTUPNICIMA
HRVATSKOGA SABORA**

**PREDSJEDNICAMA I PREDSJEDNICIMA
RADNIH TIJELA**

Na temelju članka 178. Poslovnika Hrvatskoga sabora u prilogu upućujem ***Prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti***, koji je predsjedniku Hrvatskoga sabora podnijela Vlada Republike Hrvatske, aktom od 9. prosinca 2022. godine.

Ovim zakonskim prijedlogom usklađuje se zakonodavstvo Republike Hrvatske sa zakonodavstvom Europske unije, te se u prilogu dostavlja i Izjava o njegovoj usklađenosti s pravnom stečevinom Europske unije.

Za svoje predstavnike, koji će u njezino ime sudjelovati u radu Hrvatskoga sabora i njegovih radnih tijela, Vlada je odredila ministra zdravstva dr. sc. Vilija Beroša, dr. med. i državne tajnike Tomislava Dulibića, dr. sc. Silvija Bašića, dr. med. i dr. sc. Mariju Bubaš, dr. med.

PREDSJEDNIK

Gordan Jandroković



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

KLASA: 022-03/22-01/154
URBROJ: 50301-04/25-22-3

Zagreb, 9. prosinca 2022.

PREDSJEDNIKU HRVATSKOGA SABORA

PREDMET: Prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti

Na temelju članka 85. Ustava Republike Hrvatske („Narodne novine“, br. 85/10. - pročišćeni tekst i 5/14. - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske) i članka 172. Poslovnika Hrvatskoga sabora („Narodne novine“, br. 81/13., 113/16., 69/17., 29/18., 53/20., 119/20. - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske i 123/20.), Vlada Republike Hrvatske podnosi Prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Ovim zakonskim prijedlogom usklađuje se zakonodavstvo Republike Hrvatske sa zakonodavstvom Europske unije, te se u prilogu dostavlja i Izjava o njejoj usklađenosti s pravnom stečevinom Europske unije.

Za svoje predstavnike, koji će u njezino ime sudjelovati u radu Hrvatskoga sabora i njegovih radnih tijela, Vlada je odredila ministra zdravstva dr. sc. Vilija Beroša, dr. med. i državne tajnike Tomislava Dulibića, dr. sc. Silvia Bašića, dr. med. i dr. sc. Mariju Bubaš, dr. med.

 2
PREDSJEDNIK

Andrej Plenković

VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

**PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA
ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Zagreb, prosinac 2022.

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje ovoga zakona sadržana je u članku 2. stavku 4. podstavku 1. Ustava Republike Hrvatske („Narodne novine“, br. 85/10. - pročišćeni tekst i 5/14. - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske).

II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, koji je Hrvatski sabor donio na sjednici održanoj 31. listopada 2018., a koji je noveliran 2019., 2020. i 2022. uređuje se društvena skrb za zdravlje stanovništva, načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, razine zdravstvene djelatnosti, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti.

Programom Vlade Republike Hrvatske 2020. - 2024., kao jedan od prioriteta i ciljeva utvrđen je održiv zdravstveni sustav. Dobra organiziranost zdravstvenih usluga, učinkovitost sustava i dostupnost svim građanima pod jednakim uvjetima, temelj je financijske održivosti sustava koji zahtijeva modernizaciju.

Jačanje otpornosti zdravstvenog sustava kako bi mogao adekvatno odgovoriti na izazove kroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti te osigurati pravičnu dostupnost skrbi svim stanovnicima Hrvatske utvrđeno je kao jedan od općih ciljeva Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021. - 2026. Navedeni opći cilj ujedno je sadržan i u Preporukama Vijeća Europske unije za Hrvatsku, Nacionalnom programu reformi za 2022., kao i u Nacionalnoj razvojnoj strategiji Republike Hrvatske do 2030. godine („Narodne novine“, broj 13/21.).

Predloženim zakonom namjeravaju se urediti sljedeća pitanja:

- obveza svakog zdravstvenog radnika da u okviru svojih kompetencija, ako se to iznimno u slučaju životno ugrožavajućih stanja, od njega zatraži, pružanje hitne medicinske pomoći svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna, i izvan svog radnog mjesta, odnosno u neposrednoj blizini radilišta
- uvesti u zdravstveni sustav novo načelo, načelo kvalitete koje se osigurava provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja
- osigurati suradnju zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti kroz integraciju uključujući i funkcionalnu integraciju te utvrđivanje načina i mjerila suradnje zdravstvenih ustanova, kao i načina praćenja provedbe funkcionalne integracije
- urediti način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite pravilnikom koji donosi ministar
- na razini primarne zdravstvene zaštite uvode se sestrinska savjetovališta, kao i psihološka djelatnost
- na razini zavoda za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba obuhvatiti i djelatnost medicine rada/medicine rada i sporta

- rad mobilnih ljekarni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima
- detaljnije razraditi odredbe o zdravstvenom turizmu
- rad turističkih ambulanti
- propisati obvezu zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe za sudjelovanje u radu posebno organiziranih ambulanti te u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite
- omogućiti zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe da privatnu praksu mogu obavljati najduže do navršениh 68 godina života, umjesto dosadašnjih 65 godina
- prenošenje osnivačkih prava nad općim bolnicama na Republiku Hrvatsku uz odgovarajuće izmjene u odredbama o upravnim vijećima
- omogućiti da specijalnu bolnicu koja je od značaja za Republiku Hrvatsku može osnovati Republika Hrvatska
- propisati dodatne uvjete koje moraju ispunjavati ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik
- pravo na plaću te ostala materijalna i druga prava iz radnog odnosa u skladu s aktima kojima se uređuju navedena prava u sustavu zdravstva za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelja zdravstvene ustanove kojoj je osnivač Republika Hrvatska ili jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave
- prikupljanje rezultata mjerenja ishoda liječenja i izvještavanja o navedenom, kroz redefiniranje zadaća Povjerenstva za lijekove zdravstvene ustanove
- redefinirati odredbe o obveznom sadržaju statuta zdravstvene ustanove
- omogućiti osnivanje podružnica u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, općim i specijalnim bolnicama sukladno zakonu kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova
- ojačati ulogu doma zdravlja u jedinicama područne (regionalne) samouprave i organizacija zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva
- ojačati specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu izvan bolničkih zdravstvenih ustanova i unutar domova zdravlja
- urediti centre izvrsnosti, osnivanje kojih više neće biti ograničeno samo na kliničke ustanove za pojedine bolesti ili dijagnostičke i terapijske postupke, već se mogućnost osnivanja centara izvrsnosti proširuje na sve bolničke zdravstvene ustanove
- radi neophodnosti pružanja zdravstvene zaštite studentima koji studiraju izvan mjesta prebivališta urediti da medicinski fakulteti mogu obavljati zdravstvenu djelatnost za potrebe zdravstvene zaštite studenata
- redefinirati odredbe o zdravstvenim zavodima
- redefinirati odredbe o Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu, s ciljem unaprjeđenja sustava hitne medicinske pomoći i osiguravanja podizanja potrebnih kompetencija
- urediti odredbe o antidopingu, kao jedne od djelatnosti iz nadležnosti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo uvažavajući Svjetski antidopinški kodeks i međunarodne standarde Svjetske antidopinške agencije te međunarodne konvencije za borbu protiv dopinga
- urediti koordinativnu ulogu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u slučaju nastupanja posebnih okolnosti koje podrazumijevaju događaj ili određeno stanje koje se nije moglo predvidjeti i na koje se nije moglo utjecati, a koje ugrožava život i zdravlje građana
- propisati obvezu Savjetu za zdravlje da jednom godišnje dostavi izvješće Nacionalnom zdravstvenom vijeću
- redefinirati odredbe o mogućnosti da zdravstveni radnik može uz odobrenje poslodavca za svoj račun sklopiti posao iz zdravstvene djelatnosti, kao i mogućnost ministra zdravstva da u slučaju poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove zatraži od ravnatelja uskratu i opoziv danih odobrenja

- propisati donošenje posebnog programa mjera za uključivanje doktora medicine bez specijalizacije u zdravstveni sustav
- novelirati odredbe o polaganju specijalističkog ispita, preciznije u vezi s načinom imenovanja ispitne komisije
- uvesti priznavanje položenog specijalističkog ispita pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS).

U svrhu unaprjeđenja zdravstvenog sustava, prijedlogom zakona uvodi se u zdravstveni sustav novo načelo, načelo kvalitete koje se osigurava provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje omogućuju najviši mogući povoljan ishod liječenja. Nadalje, prijedlogom zakona osigurava se suradnja zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti kroz načelo integracije, uključujući i funkcionalnu integraciju te utvrđivanje načina i mjerila, kao i načina praćenja provedbe funkcionalne integracije.

Radi provedbe mjera iz Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021. - 2026., prijedlogom zakona uvode se odredbe o usluzi mobilne ljekarne u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima. Prijedlogom zakona, uređuje se da na navedenim područjima ljekarničku djelatnost može obavljati dom zdravlja ili ljekarnička ustanova čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave koja ima rješenje za obavljanje ljekarničke djelatnosti i putem mobilnih ljekarni sukladno propisanim normativima i standardima, a što se utvrđuje rješenjem Ministarstva zdravstva. Cilj ovako predloženog zakonskog rješenja je povećanje dostupnosti ljekarničkih usluga na cijelom području Republike Hrvatske.

Nadalje, prijedlogom zakona ovlašćuje se ministar zdravstva na donošenje pravilnika kojim će se propisati način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite. Predložena novina, ima za cilj osigurati preduvjete za smanjenje lista čekanja za pojedine medicinske usluge, optimizirati te s tim u vezi bolje raspodijeliti raspoloživa sredstva za zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Prijedlogom zakona se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu, uzimajući u obzir cilj sadržan u Programu Vlade Republike Hrvatske 2020. - 2024., koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma, koji je izuzetno važan za konkurentnost i za razvijanje cjelogodišnjeg turizma.

Predloženim zakonom propisuje se da Savjet za zdravlje jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba jednom godišnje izvješćuje Nacionalno zdravstveno vijeće o predloženim i provedenim mjerama za ostvarivanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite na svom području, najkasnije do 30. ožujka za prethodnu godinu.

Predloženim zakonom također se uređuje iznimka od važećih odredbi koje uređuju obavljanje djelatnosti telemedicine na način da se propisuje da doktor medicine specijalist s važećim odobrenjem za samostalni rad, može pružati telemedicinske usluge uz suglasnost svoga poslodavca, a sukladno posebnom pravilniku.

U okviru zdravstvenog turizma, prijedlogom zakona uređuje se pružanje zdravstvenih usluga, kao oblika medicinske usluge, lječilišne usluge i usluge medicinskog wellnessa. Prema predloženom zakonu, zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu mogu pružati zdravstvene ustanove, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnici,

uz iznimku pružanja lječilišnih usluga koje mogu pružati samo specijalne bolnice i lječilišta, a zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu mogu se pružati samo izvan kapaciteta ugovorenih s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

Prijedlogom zakona se nadalje propisuje da Ministarstvo zdravstva rješenjem utvrđuje da zdravstvena ustanova, trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnik ispunjava normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu.

Prijedlogom zakona, također se uređuje vođenje evidencije pravnih i fizičkih osoba koje pružaju zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu, kao i evidenciju turističkih ambulanti koju vodi po službenoj dužnosti Ministarstvo zdravstva putem Upisnika zdravstvenog turizma, a navedeni subjekti imaju pravo na korištenje zaštićenog znaka zdravstvenog turizma.

U svrhu provođenja mjera zdravstvene zaštite za povećani broj korisnika zdravstvene zaštite koje se pružaju turistima, prijedlogom zakona uvodi se novina prema kojoj jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb, jedinica lokalne samouprave, turistička zajednica, druga pravna i fizička osoba koja obavlja ugostiteljsku djelatnost i/ili pruža usluge u turizmu sukladno posebnom propisu kojim se uređuje ugostiteljska djelatnost, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili privatni zdravstveni radnik mogu organizirati rad turističke ambulante koji se organizira izvan mreže javne zdravstvene službe.

Prijedlogom zakona se nadalje propisuje da Ministarstvo zdravstva rješenjem utvrđuje ispunjava li turistička ambulanta normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme.

Prijedlogom zakona se nadalje dopunjuju odredbe važećeg Zakona, o obvezama zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe, na način da su isti obvezni sudjelovati na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja u radu posebno organiziranih ambulanti te u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite.

Predloženim zakonom nadalje se mijenjaju odredbe o osnivanju opće bolnice, na način da opću bolnicu osniva isključivo Republika Hrvatska (umjesto dosadašnjeg modela prema kojem opću bolnicu osniva jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb. Jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb i nadalje su osnivači doma zdravlja, zavoda za hitnu medicinu i zavoda za javno zdravstvo.

Predloženim zakonom prenose se osnivačka prava općih bolnica s jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba na Republiku Hrvatsku. Sveobuhvatni cilj koji se želi ostvariti predloženim izmjenama je racionalnije i kvalitetnije iskorištavanje postojećih kapaciteta u općim bolnicama te unaprjeđenje dostupnosti i kvalitete zdravstvene skrbi reorganizacijom modela upravljanja općim bolnicama.

Prijenosom osnivačkih prava nad općim bolnicama na Republiku Hrvatsku omogućuje se i provedba mjere C5.1. R4 Osiguranje financijske održivosti zdravstvenog sustava prema Nacionalnom planu oporavka i otpornosti 2021. - 2026., u dijelu obveza osiguravanja provedbe zajedničke javne nabave, tj. nova odluka ministra zdravstva o zajedničkoj nabavi bit će obvezujuća i za one opće bolnice čije je sudjelovanje do sada bilo dobrovoljno (opće bolnice čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb), što će

posljedično povećati broj dionika obuhvaćenih zajedničkom javnom nabavom i doprinijeti ujednačavanju postupaka javne nabave u kvalitativnom i kvantitativnom smislu.

Radi osiguranja uključenosti jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba u rad općih bolnica na svom području uređuje se da izvršno tijelo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, kao izvršno tijelo ranijeg osnivača opće bolnice daje mišljenje u postupku imenovanja i razrješenja ravnatelja opće bolnice.

Također, uključenost jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba osigurat će se i kroz sklapanje posebnog sporazuma kojim će se urediti međusobna prava i obveze između Vlade Republike Hrvatske putem Ministarstva zdravstva, jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba te opće bolnice, a u vezi prijenosa osnivačkih prava općih bolnica na Republiku Hrvatsku, čime će se nastavno na predložene novine osigurati transparentnost i ujednačenost u odnosu na sve opće bolnice koje će biti uključene u predložene statusne promjene.

U cilju uključivanja jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba u donošenje odluka koje su od značaja za funkcioniranje bolničke zdravstvene zaštite na njihovom području, predloženim se zakonom uređuje iznimka od odredbe članka 83. stavka 3. važećega Zakona, prema kojoj se u upravno vijeće opće bolnice čija su osnivačka prava ovim zakonom prenesena na Republiku Hrvatsku, imenuje i jedan član predstavnika jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba.

Radi unaprjeđivanja postupka izvještavanja osnivača o poslovanju zdravstvene ustanove, dopunjuje se važeća odredba o zadaćama upravnog vijeća zdravstvene ustanova na način da isto ima zadaću podnositi osnivaču godišnje izvješće o svome radu.

Radi prikupljanja rezultata mjerenja ishoda liječenja i izvještavanja o navedenom, prijedlogom zakona dopunjuju se važeće odredbe o zadaćama Povjerenstva za lijekove zdravstvene ustanove, na način da se utvrđuje njegova dodatna zadaća u vezi s dostavom upravnom vijeću i ravnatelju, izvješća o potrošnji lijekova s liste posebno skupih lijekova Zavoda i lijekova koji nisu utvrđeni listom lijekova Zavoda, uz dinamiku izvještavanja najmanje svaka tri mjeseca.

U cilju zakonitog, namjenskog i svrhovitog korištenja financijskih sredstava, prijedlogom zakona se redefiniraju odredbe o obveznom sadržaju statuta zdravstvene ustanove, uvođenjem odredbi o pravima, obvezama i odgovornostima ravnatelja i upravnog vijeća u vezi s financijskim poslovanjem u zdravstvenoj ustanovi.

U pogledu ustrojstva bolničkih zdravstvenih ustanova, važeći se Zakon dopunjuje odredbama kojima se omogućava osnivanje podružnica u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, općim i specijalnim bolnicama sukladno zakonu kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova.

Predloženim zakonom se određuje da se na području jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba osniva jedan dom zdravlja. Zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite na pojedinim područjima te na otocima može se osnovati podružnica doma zdravlja.

S ciljem jačanja uloge doma zdravlja u jedinicama područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu i organizacije zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva, predloženim zakonom uređuje se da dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege, psihološke djelatnosti, radne terapije te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti, dok može obavljati i zdravstvenu njegu u kući i fizikalnu terapiju u kući. Nadalje, uređuje se da radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe. Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti sukladno odluci osnivača.

S ciljem jačanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite izvan bolničkih zdravstvenih ustanova bolnica i unutar domova zdravlja, dopunjuju se važeće odredbe na način da dom zdravlja mora osigurati provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite sukladno mreži javne zdravstvene službe zapošljavanjem ili sklapanjem ugovora o funkcionalnoj integraciji doma zdravlja s bolničkom ustanovom.

Pored navedenoga, dom zdravlja može ustrojiti i dispanzerske djelatnosti prema potrebama stanovnika na području doma zdravlja, a u istima se provode sveobuhvatne mjere zdravstvene zaštite u zajednici koje uključuju prevenciju, ranu intervenciju, liječenje, socijalno-medicinsku skrb te skrb za specifične potrebe pružanja zdravstvene zaštite stanovnika na određenom području. Nadalje, prijedlogom zakona uređuje se mogućnost da dom zdravlja organizira, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, radne jedinice za obavljanje pojedinih specijalističkih djelatnosti, ako to zahtijevaju posebne potrebe s obzirom na zdravstveno stanje stanovništva i kada bi pružanje zdravstvene zaštite u poliklinici ili bolnici otežavalo provođenje te zaštite. Također dom zdravlja, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, osigurava koordinatora palijativne skrbi koji povezuje i koordinira radom mobilnog palijativnog tima i svih drugih dionika palijativne skrbi u jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu - bolničke zdravstvene ustanove, ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala, volonteri. Na područjima sa specifičnim potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe u domu zdravlja mogu se organizirati i rodilište te stacionar za dijagnostiku i liječenje. Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima obavljati zdravstvenu djelatnost i u vozilu koje ispunjava propisane normative i standarde.

Predloženim zakonom uvodi se novina u odnosu na odredbe važećeg Zakona, na način da se pored dosadašnje mogućnosti obavljanja zdravstvene djelatnosti za potrebe nastave, za medicinske fakultete uvodi mogućnost osnivanja unutarnje organizacijske cjeline za potrebe zdravstvene zaštite studenata na primarnoj i specijalističko-konzilijarnoj razini uz odgovarajuće ispunjavanje normativa i standarda za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Time bi se omogućila zdravstvena zaštita studentima u mjestu njihova studiranja ako je ono različito od njihova prebivališta.

Predloženim zakonom se radi uključivanja doktora medicine bez specijalizacije kojima je izdano odobrenje za samostalni rad u sustav pružanja zdravstvenih usluga u okviru javnog zdravstva propisuje donošenje posebnog programa mjera.

Također se u postupku odobravanja specijalizacija i vrednovanja rada mladih liječnika na primarnoj razini zdravstvene zaštite prije započinjanja specijalizacije planira donošenje dva pravilnika kojima će se urediti standardi i način prijama specijalizanata, kao i način polaganja specijalističkog ispita, odnosno ispita iz uže specijalizacije.

Nadalje, predloženim zakonom uvodi se zbog problema planiranja specijalizacija na petogodišnjoj razini i mogućnost da ministar godišnjim planom odobri dodatni broj potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koje nisu obuhvaćene Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja, ako te specijalizacije nije bilo moguće iz objektivnih razloga planirati u Nacionalnom planu specijalističkog usavršavanja.

Nadalje, u odnosu na opće bolnice uvodi se novina da se za obavljanje pojedinih djelatnosti može umjesto posteljnih kapaciteta, osigurati pružanje zdravstvene zaštite u dnevnoj bolnici.

Predloženim zakonom, dopunjuje se važeći Zakon s odredbama o centrima izvrsnosti, osnivanje kojih više neće biti ograničeno samo na kliničke ustanove za pojedine bolesti ili dijagnostičke i terapijske postupke. Mogućnost osnivanja centara izvrsnosti proširuje se na sve bolničke zdravstvene ustanove, a o dodjeli i obnovi naziva centra izvrsnosti Ministarstvo zdravstva donosi rješenje uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva Hrvatskog liječničkog zbora ili drugog odgovarajućeg društva, dok je ministar zdravstva ovlašten pravilnikom detaljnije propisati mjerila za dodjelu i obnovu naziva centra izvrsnosti.

Predloženi zakon ima za cilj redefinirati odredbe o Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu s ciljem unaprjeđenja sustav hitne medicinske pomoći i osiguravanja podizanja potrebnih kompetencija. U smislu navedenoga Hrvatski zavod za hitnu medicinu, definira se kao zdravstvena ustanova za obavljanje djelatnosti hitne medicine, sanitetskog prijevoza i telemedicine, dok se djelatnost hitne medicine organizira u svrhu neprekidnog hitnog medicinskog zbrinjavanja svih osoba kojima je zbog bolesti, stradanja ili ozljede neposredno ugrožen život, pojedini organ ili dijelovi tijela, odnosno kod kojih bi u kratkom vremenu moglo doći do životne ugroženosti, a radi maksimalnog skraćivanja vremena od nastanka hitnog stanja do konačnog medicinskog zbrinjavanja. Nadalje, djelatnost hitne medicine obuhvaća provođenje mjera i postupaka hitnog izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulantni zavod za hitnu medicinu ili tijekom prijevoza oboljelih i ozlijeđenih osoba prijevoznim sredstvima hitne medicinske službe u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu te provođenje mjera i postupaka hitnog bolničkog medicinskog zbrinjavanja u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. S obzirom na to da je djelatnosti hitne medicine dodan i sanitetski prijevoz, prijedlogom zakona ovlašćuje se ministar zdravstva donijeti Mrežu hitne medicine i sanitetskih prijevoza na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu odlukom, kao i pravilnikom urediti organizaciju i način obavljanja hitne medicine i sanitetskog prijevoza, na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. Riječ je o dvije novine u odnosu na sanitetski prijevoz koji se prema važećem Zakonu obavlja na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti u sklopu doma zdravlja, dok dosadašnja mreža hitne medicine, prema predloženom zakonu sada uključuje i sanitetski prijevoz.

Prijedlogom zakona uvode se bitne novine radi unaprjeđenja rada i postupanja hitne medicinske službe. Hrvatski zavod za hitnu medicinu, ovlašten je općim aktom utvrditi raspored i područje djelovanja timova hitne medicinske službe na području Republike Hrvatske i opremljenost zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno

Grada Zagreba sukladno standardima i normativima te o tome jednom godišnje obavijestiti osnivače zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba. Nadalje, Hrvatski zavod za hitnu medicinu može provoditi postupke zajedničke nabave opreme za potrebe zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba sukladno propisu kojim se uređuje javna nabava, donosi opće akte o provedbi standardnih operativnih postupaka, protokola rada i algoritama postupanja u djelatnosti hitne medicine, kao i opće akte o provedbi utvrđenih standarda opreme, vozila te vizualnog identiteta vozila i zdravstvenih radnika.

Predloženim zakonom se uvažavajući Svjetski antidopinški kodeks i međunarodne standarde Svjetske antidopinške agencije te međunarodne konvencije za borbu protiv dopinga, dorađuju odredbe o antidopingu, kao jednoj od djelatnosti iz nadležnosti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Temeljem iskustva Republike Hrvatske u vrijeme pandemije, odnosno epidemije, predloženim zakonom uvodi se novina u vezi s koordinativnom ulogom Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u slučaju nastupanja posebnih okolnosti koje podrazumijevaju događaj ili određeno stanje koje se nije moglo predvidjeti i na koje se nije moglo utjecati, a koje ugrožava život i zdravlje građana. U navedenim okolnostima Hrvatski zavod za javno zdravstvo, preuzima ulogu koordiniranja i rukovođenja svim zavodima za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, koji su obvezni postupati po naredbama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, radi brzog i učinkovitog poduzimanja aktivnosti iz nadležnosti zavoda za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba.

U svrhu poboljšanja postojećeg uređenja u vezi s mogućnošću da zdravstveni radnik može uz odobrenje poslodavca za svoj račun sklopiti posao iz zdravstvene djelatnosti poslodavca, a s ciljem osiguravanja nesmetanog funkcioniranja javnog sustava i pružanja zdravstvene zaštite, predloženim zakonom se uvode dodatna mjerila za dobivanje odobrenja poslodavca i to u odnosu na predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove.

Nadalje, uvodi se novina tj. mogućnost ministra zdravstva da, u slučaju poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove, zatraži od ravnatelja uskratnu i opoziv danih odobrenja za obavljanje posla iz zdravstvene djelatnosti poslodavca.

Također, ovim se zakonskim prijedlogom uređuje da zdravstveni radnik za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelja, zamjenika ravnatelja, pomoćnika ravnatelja zdravstvene ustanove, predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave ne može biti osnivač zdravstvene ustanove ili trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost u zdravstvenoj djelatnosti u kojoj je zaposlen, odnosno u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zaposlen. Predložene izmjene imaju za cilj na bolji način urediti obavljanje poslova iz djelatnosti poslodavca temeljem odobrenja poslodavca u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zdravstveni radnik zaposlen. Navedena mjera ima za cilj i unaprijediti upravljanje na svim razinama zdravstvene zaštite. Sva radna mjesta navedena u ovom članku odnose se na reizborna radna mjesta gdje je potrebno da su te osobe za vrijeme svoga mandata usmjerene na obavljanje te odgovorne dužnosti.

Također se propisuju dodatni uvjeti koje moraju ispunjavati ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik, na način da moraju imati dodatne kompetencije iz područja upravljanja u zdravstvu, kao dodatne kompetencije koje će unaprijediti upravljanje zdravstvenom ustanovom.

Prijedlogom zakona se nadalje uređuje pravo na plaću te ostala materijalna i druga prava iz radnog odnosa u skladu s aktima kojima se uređuju navedena prava u sustavu zdravstva za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelja zdravstvene ustanove, kojoj je osnivač Republika Hrvatska ili jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreba.

Predloženim zakonom noveliraju se odredbe važećeg Zakona o polaganju specijalističkog ispita te daje ovlast Ministarstvu zdravstva da odredi članove ispitne komisije iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti s liste ispitivača koju donosi ministar zdravstva.

Predloženim zakonom, također se uvodi novina kojom se uređuje priznavanje položenog specijalističkog ispita pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS).

Predloženi zakon nadalje se dopunjuje odredbama o poslovima s posebnim uvjetima rada, na način da se na poslovima na kojima ni uz primjenu mjera zaštite na radu nije moguće zaštititi radnika od štetnog utjecaja, radno vrijeme skraćuje razmjerno štetnom utjecaju uvjeta rada na zdravlje i sposobnost radnika. Riječ je o poslovima s otvorenim izvorima ionizirajućeg zračenja, pripreme antineoplastičnih lijekova i intravenozne aplikacije antineoplastičnih lijekova, pod uvjetom da se obavljaju 2/3 radnog vremena za koje se utvrđuje opseg skraćenoga radnog vremena na 35 sati tjedno.

Predloženim zakonom se, kao posljedica izmjena ili dopuna važećih odredbi revidiraju prekršajne odredbe u odnosu na:

- obavljanje ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni
- pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu
- rad turističke ambulante
- korištenje zaštićenog znaka zdravstvenog turizma
- ne odazivanje zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe pozivu nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja za rad u posebno organiziranim ambulantomama te u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite
- utvrđivanje ljekovitosti prirodnih ljekovitih činitelja od strane za to neovlaštene pravne osobe.

III. OCJENA I IZVORI SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVOĐENJE ZAKONA

Za provedbu ovoga zakona neće biti potrebno osigurati dodatna financijska sredstva u državnom proračunu Republike Hrvatske.

U pogledu unutarnjeg ustrojstva kliničkih i bolničkih zdravstvenih ustanova, važeći se Zakon dopunjuje odredbama kojima se omogućava osnivanje podružnica u bolničkim zdravstvenim ustanovama, sukladno zakonu kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova. Budući da se zakonskom odredbom utvrđuje mogućnost za novi organizacijski oblik rada zdravstvene ustanove navedeno nema financijskog učinka na državni proračun Republike Hrvatske.

S obzirom na to da 1. siječnja 2024. Republika Hrvatska preuzima obveze dosadašnjih osnivača zdravstvenih ustanova na razini područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba te da prihodi i rashodi ovih bolnica više neće biti dio proračuna područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, već državnog proračuna Republike Hrvatske, isto zbog promjene klasifikacije neće rezultirati povećanjem manjka opće države.

Pripajanje djelatnosti sanitetskog prijevoza iz domova zdravlja u zavode za hitnu medicinu neće imati financijskog učinka, budući se radi o ustanovama čiji je osnivač županija te se status radnika ne mijenja već se mijenja samo poslodavac, prostor ostaje isti, a racionalizira se korištenje vozila i opreme.

Sukladno važećoj odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti, unutar petogodišnjeg plana specijalističkog usavršavanja uvrštene su i specijalizacije potrebne za privatni sektor. Kako su već sve planirane specijalizacije za privatni sektor iskorištene, a nije moguće realno planirati razvoj privatnog sektora i njihove potrebe za specijalizacijama potrebno je omogućiti dopunu plana na predloženi način, a za što nije potrebno osigurati financijska sredstva iz državnog proračuna ili iz javnog sustava. Sve druge potrebe za eventualnim izmjenama broja pojedinih vrsta specijalizacije bit će u okviru definiranog ukupnog broja te neće imati financijski učinak niti na državni proračun, niti na Financijski plan Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Zakonom o radu („Narodne novine“, br. 93/14., 127/17. i 98/19.), propisano je da se posebnim propisom utvrđuju poslovi i trajanje radnog vremena, na kojima, uz primjenu mjera zaštite zdravlja i sigurnosti na radu, nije moguće zaštititi radnika od štetnih utjecaja, radno vrijeme se skraćuje razmjerno štetnom utjecaju uvjeta rada na zdravlje i radnu sposobnost radnika. Posebni uvjeti rada sadržani su u Kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 29/18., 35/19., 78/19., 92/19. i 56/20.). Ovim zakonskim prijedlogom vrši se usklađivanje s posebnim zakonom što neće imati financijskog utjecaja na državni proračun Republike Hrvatske.

Financijska sredstva za provođenje zdravstvene zaštite u skladu s predloženim zakonom, u cijelosti su uključena u Financijski plan Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, stoga pružanje usluga zdravstvene zaštite koje se financiraju sredstvima obveznog zdravstvenog osiguranja, nema dodatnog financijskog učinka na Financijski plan Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

**PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA
ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Članak 1.

U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., 125/19., 147/20. i 119/22.), iza članka 5. dodaje se članak 5.a koji glasi:

„Članak 5.a

Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se iznimno to od njega zatraži obvezan je, u slučaju životno ugrožavajućih stanja, pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta, odnosno u neposrednoj blizini radilišta.“.

Članak 2.

U članku 11. iza stavka 5. dodaje se novi stavak 6. koji glasi:

„(6) Jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb i jedinica lokalne samouprave može osigurati sredstva u svrhu poticanja zdravstvenih radnika za rad na svom području radi popunjavanja mreže javne zdravstvene službe.“.

Dosadašnji stavci 6. do 9. postaju stavci 7. do 10.

Članak 3.

U članku 12. iza stavka 3. dodaje se stavak 4. koji glasi:

„(4) Savjet za zdravlje jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba jednom godišnje izvješćuje Nacionalno zdravstveno vijeće o predloženim i provedenim mjerama za ostvarivanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite na svom području, najkasnije do 30. ožujka za prethodnu godinu.“.

Članak 4.

U članku 13. iza riječi: „dostupnosti“ dodaje se zarez i riječ: „kvaliteti“, a riječ: „funkcionalne“, briše se.

Članak 5.

Iza članka 16. dodaje se članak 16.a koji glasi:

„Članak 16.a

Načelo kvalitete osigurava se provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja.“.

Članak 6.

Članak 20. mijenja se i glasi:

„(1) Načelo integracije uključujući i funkcionalnu integraciju osigurava suradnju zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti, uz restrukturiranje na osnovi zajedničkog razvoja, unaprjeđenja i usklađivanja procesa upravljanja, dijagnostičko-terapijskih postupaka, dobre kliničke prakse, dugotrajne skrbi i skrbi za kompleksne pacijente, kao i svih drugih oblika operativnih metodologija usmjerenih prema boljoj kvaliteti zdravstvenih usluga, ishoda liječenja te povećanoj djelatnosti i dugoročnoj racionalizaciji troškova sustava zdravstva.

(2) Način i mjerila suradnje zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti kroz funkcionalnu integraciju, te način praćenja provedbe funkcionalne integracije pravilnikom propisuje ministar.“.

Članak 7.

U članku 22. iza stavka 2. dodaje se stavak 3. koji glasi:

„(3) Način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite propisuje pravilnikom ministar.“.

Članak 8.

U članku 30. stavku 2. podstavku 12. iza riječi: „zaštite“ dodaju se riječi: „i sestrijskih savjetovališta“.

Iza podstavka 25. dodaje se podstavak 26. koji glasi:

„- psihološke djelatnosti.“.

Članak 9.

U članku 36. stavak 6. mijenja se i glasi:

„(6) Zdravstvena djelatnost na razini zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba obuhvaća i sanitetski prijevoz.“.

Članak 10.

U članku 37. iza stavka 3. dodaju se stavci 4. do 10. koji glase:

„(4) Dom zdravlja ili ljekarnička ustanova čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb koja ima rješenje za obavljanje ljekarničke djelatnosti, ljekarničku djelatnost na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima može obavljati i putem mobilnih ljekarni.

(5) Ministarstvo na zahtjev osnivača doma zdravlja, odnosno ljekarničke ustanove iz stavka 4. ovoga članka donosi rješenje kojim utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti za obavljanje ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni.

(6) Uz zahtjev iz stavka 5. ovoga članka potrebno je dostaviti:

- dokaz o pravu raspolaganja mobilnim sredstvom za obavljanje ljekarničke djelatnosti
- mišljenje Zavoda i Hrvatske ljekarničke komore o obavljanju ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni
- dokaz iz kojeg je razvidno da se radi o potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima.

(7) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 5. ovoga članka u roku od 60 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(8) Protiv rješenja iz stavka 5. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

(9) Normative i standarde za obavljanje ljekarničke djelatnosti putem mobilnih ljekarni iz stavka 4. ovoga članka, pravilnikom propisuje ministar uz prethodno mišljenje nadležne komore.

(10) Ako tijelo iz stavka 9. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 9. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“.

Članak 11.

Iza članka 38. dodaje se članak 38.a koji glasi:

„Članak 38.a

Iznimno od odredbe članka 38. ovoga Zakona doktor medicine specijalist s važećim odobrenjem za samostalan rad, može pružati telemedicinske usluge uz prethodnu suglasnost poslodavca i u skladu s pravilnikom kojim se utvrđuju organizacija i način obavljanja telemedicine.“.

Članak 12.

Iznad članka 39. dodaje se nova GLAVA III. i naslov: „ZDRAVSTVENI TURIZAM“.

Članak 13.

Članak 39. mijenja se i glasi:

„(1) Zdravstveni turizam jest pružanje zdravstvenih usluga - dijagnostičkih i terapijskih postupaka, zdravstvene njege te postupaka medicinske rehabilitacije uz mogućnost korištenja prirodnih ljekovitih činitelja, uz pružanje ugostiteljskih usluga i/ili usluga u turizmu.

(2) Pod prirodnim ljekovitim činiteljima smatraju se dijelovi prirode koji povoljno djeluju na očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, poboljšanje kvalitete života te sprječavanje bolesti, liječenje, oporavak i rehabilitaciju i to: termomineralne vode, morska voda, peloidi, naftalan i klima.

(3) Normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za turizam i prethodno pribavljeno mišljenje nadležne komore, pravilnikom propisuje ministar.

(4) Ako tijelo iz stavka 3. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 3. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“.

Članak 14.

Iza članka 39. dodaju se članci 39.a, 39.b i 39.c koji glase:

„Članak 39.a

(1) Zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu mogu pružati zdravstvene ustanove, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnici.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka, lječilišne usluge mogu pružati samo specijalne bolnice i lječilišta.

(3) Zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici mogu pružati zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu samo izvan kapaciteta ugovorenih sa Zavodom.

(4) Pravne i fizičke osobe iz stavka 1. ovoga članka mogu i:

- pružati usluge u turizmu sukladno propisima kojima se uređuje pružanje usluga u turizmu
- obavljati ugostiteljsku djelatnost sukladno propisima kojima se uređuje obavljanje ugostiteljske djelatnosti.

Članak 39.b

(1) U okviru zdravstvenog turizma iz članka 39. stavka 1. ovoga Zakona pružaju se sljedeći oblici zdravstvenih usluga:

- medicinske usluge
- lječilišne usluge
- usluge medicinskog wellnessa.

(2) Medicinske usluge iz stavka 1. podstavka 1. ovoga članka obuhvaćaju dijagnostičke i terapijske postupke, postupke zdravstvene njege te postupke medicinske rehabilitacije.

(3) Lječilišne usluge iz stavka 1. podstavka 2. ovoga članka jesu usluge kojima se pomoću prirodnih ljekovitih činitelja, uz postupke fizikalne medicine i rehabilitacije provodi preventivna zdravstvena zaštita, specijalističko-konzilijarna i bolnička rehabilitacija.

(4) Usluge medicinskog wellnessa iz stavka 1. podstavka 3. ovoga članka jesu usluge kojima se uz primjenu preventivnih, medicinskih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka te postupaka zdravstvene njege i medicinske rehabilitacije provode ciljani programi za očuvanje i unaprjeđenje sveukupnog zdravlja i kvalitete života.

(5) Ministarstvo rješenjem utvrđuje da zdravstvena ustanova, trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnik ispunjava normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu iz pravilnika iz članka 39. stavka 3. ovoga Zakona.

(6) Ljekovitost prirodnih ljekovitih činitelja iz članka 39. stavka 2. ovoga Zakona utvrđuje ovlaštena pravna osoba koja ima rješenje Ministarstva o ispunjavanju zahtjeva propisanih pravilnikom iz članka 39. stavka 3. ovoga Zakona.

(7) Na temelju nalaza i mišljenja ovlaštene pravne osobe iz stavka 6. ovoga članka, Ministarstvo rješenjem utvrđuje da lječilište/specijalna bolnica ispunjava zahtjeve za pružanje lječilišnih usluga u termalnom lječilištu (toplicama), peloidnom lječilištu, talasoterapijskom lječilištu, klimatskom lječilištu i naftalanskom lječilištu.

(8) Rješenje iz stavaka 5., 6. i 7. ovoga članka Ministarstvo donosi u roku od 60 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(9) Protiv rješenja iz stavaka 5., 6. i 7. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

Članak 39.c

(1) U svrhu provođenja mjera zdravstvene zaštite za povećani broj korisnika zdravstvene zaštite koje se pružaju turistima, može se organizirati rad turističke ambulante.

(2) Turistička ambulanta se organizira izvan mreže javne zdravstvene službe.

(3) Turističku ambulantu iz stavka 1. ovoga članka može organizirati jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb, jedinica lokalne samouprave, turistička zajednica, druga pravna i fizička osoba koja obavlja ugostiteljsku djelatnost i/ili pruža usluge u turizmu, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili privatni zdravstveni radnik, u skladu s člankom 11. stavcima 6. i 9. ovoga Zakona.

(4) Pravne i fizičke osobe iz stavka 3. ovoga članka dužne su utvrditi i razdoblje rada turističke ambulante tijekom godine.

(5) Ministarstvo rješenjem utvrđuje da turistička ambulanta ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme.

(6) Protiv rješenja iz stavka 5. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

(7) Normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme iz stavka 5. ovoga članka, pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.

(8) Ako tijelo iz stavka 7. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 7. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“

Članak 15.

Članak 40. mijenja se i glasi:

„(1) Evidenciju o pravnim i fizičkim osobama iz članka 39.a ovoga Zakona i evidenciju turističkih ambulanti iz članka 39.c ovoga Zakona, vodi Ministarstvo u Upisniku zdravstvenog turizma.

(2) Pravne i fizičke osobe upisane u upisnik iz stavka 1. ovoga članka imaju pravo na korištenje zaštićenog znaka zdravstvenog turizma.

(3) Sadržaj i način vođenja Upisnika zdravstvenog turizma, pravilnikom propisuje ministar.

(4) Izgled, uvjete i način korištenja zaštićenog znaka zdravstvenog turizma, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za turizam, pravilnikom propisuje ministar.“.

Članak 16.

U članku 51. stavku 2. riječi: „predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba“, zamjenjuju se riječima: „Upravnog vijeća doma zdravlja“.

Članak 17.

U članku 64. dodaje se oznaka stavka 1.

Iza stavka 1. dodaje se stavak 2. koji glasi:

„(2) Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite.“.

Članak 18.

U članku 67. stavak 2. mijenja se i glasi:

„(2) Zdravstveni radnici u mreži javne zdravstvene službe privatnu praksu mogu obavljati najduže do navršenih 68 godina života.“.

Članak 19.

U članku 70. stavci 1., 2. i 3. mijenjaju se i glase:

„(1) Državni zdravstveni zavod, opću bolnicu, kliniku kao samostalnu ustanovu, kliničku bolnicu i klinički bolnički centar osniva Republika Hrvatska.

(2) Specijalnu bolnicu može osnovati jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb, jedinica lokalne samouprave te druga pravna osoba te fizička osoba.

(3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka specijalnoj bolnici koja je od značaja za Republiku Hrvatsku osnivač može biti Republika Hrvatska.“.

Članak 20.

Iza članka 82. dodaje se članak 82.a koji glasi:

„Članak 82.a

Na pitanja koja nisu uređena ovim Zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova.“.

Članak 21.

Članak 83. mijenja se i glasi:

„(1) Upravno vijeće upravlja zdravstvenom ustanovom.

(2) Upravno vijeće zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska ima pet članova i čine ga predstavnici:

- osnivača (predsjednik i dva člana)
- radnika ustanove (dva člana).

(3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka upravno vijeće opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska ima sedam članova i čine ga predstavnici:

- osnivača (predsjednik i tri člana)
- jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba (jedan član)
- radnika ustanove (dva člana).

(4) Upravno vijeće zdravstvene ustanove čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb te jedinica lokalne samouprave ima pet članova i čine ga predstavnici:

- osnivača (predsjednik i dva člana)
- radnika ustanove (dva člana).

(5) Iznimno od stavka 4. ovoga članka, upravno vijeće bolničke zdravstvene ustanove, zavoda za javno zdravstvo i zavoda za hitnu medicinu čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb ima sedam članova i čine ga predstavnici:

- osnivača (predsjednik i tri člana)
- Republike Hrvatske (jedan član)
- radnika ustanove (dva člana).

(6) Članove upravnog vijeća iz stavka 2. podstavka 1. i stavka 3. podstavka 1. ovoga članka imenuje osnivač na prijedlog ministra, članove upravnog vijeća iz stavka 4. podstavka 1. i stavka 5. podstavka 1. ovoga članka imenuje izvršno tijelo jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba koja je osnivač, a člana upravnog vijeća iz

stavka 5. podstavka 2. ovoga članka imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra, a člana upravnog vijeća iz stavka 3. podstavka 2. ovoga članka imenuje izvršno tijelo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba.

(7) Jednog člana upravnog vijeća iz stavka 2. podstavka 2., stavka 3. podstavka 3., stavka 4. podstavka 2. i stavka 5. podstavka 3. ovoga članka imenuje radničko vijeće zdravstvene ustanove, a jednog člana stručno vijeće zdravstvene ustanove iz redova radnika ustanove sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili integriranim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili specijalističkim diplomskim studijem.

(8) Članovi upravnog vijeća moraju imati završen preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili specijalistički diplomski studij.

(9) Uvjet iz stavka 8. ovoga članka ne odnosi se na člana upravnog vijeća kojeg imenuje radničko vijeće zdravstvene ustanove.

(10) Mandat članova upravnog vijeća traje četiri godine.

(11) Visinu naknade za rad članova upravnog vijeća odlukom utvrđuje ministar, a isplaćuje se iz sredstava zdravstvene ustanove.“.

Članak 22.

U članku 84. stavku 1. iza podstavka 10. dodaje se novi podstavak 11. koji glasi:

„- podnosi osnivaču godišnje izvješće o svome radu“.

Dosadašnji podstavak 11. postaje podstavak 12.

Članak 23.

U članku 85. iza stavka 10. dodaju se stavci 11. i 12. koji glase:

„(11) Uz uvjete propisane stavcima 6. i 7. ovoga članka ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik mora imati kompetencije iz područja upravljanja u zdravstvu.

(12) Vrstu i način stjecanja kompetencija ravnatelja i zamjenika ravnatelja iz stavka 11. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar.“.

Članak 24.

Iza članka 85. dodaje se članak 85.a koji glasi:

„Članak 85.a

(1) Za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelj zdravstvene ustanove kojoj je osnivač Republika Hrvatska ili jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb ima pravo na plaću te ostala materijalna i druga prava iz radnog odnosa u skladu s aktima kojima se uređuju navedena prava u sustavu zdravstva.

(2) Na prava i obveze ravnatelja zdravstvene ustanove koja nisu utvrđena ovim Zakonom primjenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje sprječavanje sukoba interesa.“.

Članak 25.

Iza članka 86. dodaje se članak 86.a koji glasi:

„Članak 86.a

(1) Iznimno od odredbe članka 85. stavka 5. ovoga Zakona, ravnatelja opće bolnice čija su osnivačka prava ovim Zakonom prenesena na Republiku Hrvatsku, imenuje i razrješuje upravno vijeće uz prethodno pribavljeno mišljenje izvršnog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba i uz suglasnost ministra.

(2) Ako izvršno tijelo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka u roku od osam dana od dana kada je zatraženo upravnom vijeću ne dostavi mišljenje iz stavka 1. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“.

Članak 26.

U članku 96. stavku 5. podstavku 8. iza riječi: „ustanovi“ briše se točka i dodaju riječi: „te dostavlja upravnom vijeću i ravnatelju izvješće o potrošnji lijekova s liste posebno skupih lijekova Zavoda i lijekova koji nisu utvrđeni listom lijekova Zavoda, najmanje svaka tri mjeseca, a koje sadrži i rezultate mjerenja ishoda liječenja.“.

Članak 27.

U članku 97. stavku 6. podstavku 2. riječi: „općim aktima agencije nadležne za kvalitetu zdravstvene zaštite“ zamjenjuju se riječima: „propisima kojima se uređuje kvaliteta zdravstvene zaštite.“.

Članak 28.

U članku 98. stavku 2. iza podstavka 2. dodaje se novi podstavak 3. koji glasi:

„- prava, obveze i odgovornosti ravnatelja i upravnog vijeća u vezi s financijskim poslovanjem u zdravstvenoj ustanovi u cilju zakonitog, namjenskog i svrhovitog korištenja financijskih sredstava“.

Dosadašnji podstavci 3. do 5. postaju podstavci 4. do 6.

Članak 29.

Iza članka 101. dodaje se članak 101.a koji glasi:

„Članak 101.a

Zdravstvene ustanove iz članaka 100. i 101. ovoga Zakona mogu osnivati podružnice sukladno zakonu kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova.“.

Članak 30.

U članku 102. stavak 2. mijenja se i glasi:

„(2) Na području jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba osniva se jedan dom zdravlja.“.

Stavak 3. briše se.

Dosadašnji stavak 4. koji postaje stavak 3. mijenja se i glasi:

„(3) Zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite na pojedinim područjima te na otocima može se osnovati podružnica doma zdravlja.“.

Članak 31.

Članak 103. mijenja se i glasi:

„(1) Dom zdravlja je nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti.

(2) Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalnog laboratorija, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege, psihološke djelatnosti, radne terapije te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti.

(3) Dom zdravlja može obavljati zdravstvenu njegu u kući i fizikalnu terapiju u kući.

(4) Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača.

(5) Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka.

(6) Dom zdravlja mora osigurati provođenje djelatnosti iz stavka 1. ovoga članka ako obavljanje tih djelatnosti sukladno mreži javne zdravstvene službe nije drukčije organizirano te mora osigurati provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite sukladno mreži javne zdravstvene službe zapošljavanjem ili sklapanjem ugovora o funkcionalnoj integraciji doma zdravlja s bolničkom ustanovom.

(7) Dom zdravlja može ustrojiti i dispanzerske djelatnosti prema potrebama stanovnika na području doma zdravlja.

(8) U okviru dispanzerske djelatnosti iz stavka 7. ovoga članka provode se sveobuhvatne mjere zdravstvene zaštite u zajednici koje uključuju prevenciju, ranu intervenciju, liječenje, socijalno-medicinsku skrb te skrb za specifične potrebe pružanja zdravstvene zaštite stanovnika na određenom području.

(9) Dom zdravlja može organizirati radne jedinice za obavljanje djelatnosti iz stavaka 1., 2. i 3. ovoga članka, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe.

(10) Dom zdravlja može organizirati, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, radne jedinice za obavljanje pojedinih specijalističkih djelatnosti, ako to zahtijevaju posebne potrebe s obzirom na zdravstveno stanje stanovništva i kada bi pružanje zdravstvene zaštite u poliklinici ili bolnici otežavalo provođenje te zaštite.

(11) Odluku o organiziranju radne jedinice iz stavka 10. ovoga članka donosi župan, odnosno gradonačelnik Grada Zagreba, uz prethodno pribavljeno mišljenje Zavoda.

(12) Dom zdravlja, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, osigurava koordinatora palijativne skrbi koji povezuje i koordinira radom mobilnog palijativnog tima i svih drugih dionika palijativne skrbi u jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu - bolničke zdravstvene ustanove, ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala i volontera.

(13) Uz koordinatora palijativne skrbi iz stavka 12. ovoga članka dom zdravlja organizira mobilni palijativni tim sukladno standardima i normativima utvrđenim pravilnikom iz članka 76. stavka 6. ovoga Zakona, koji pruža specijalističku palijativnu skrb bolesniku u njegovu domu te pruža podršku obitelji na temelju cjelovitog i multidisciplinarnog pristupa.

(14) Raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova odlukom određuje župan, odnosno gradonačelnik Grada Zagreba.

(15) Na područjima sa specifičnim potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe u domu zdravlja mogu se organizirati i rodilište te stacionar za dijagnostiku i liječenje.

(16) Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom obavljati djelatnost iz stavaka 3. i 4. ovoga članka i u prostoru koji se nalazi na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima.

(17) Ministarstvo na zahtjev osnivača doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje da su ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u prostoru iz stavka 16. ovoga članka, sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona.

(18) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 17. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(19) Protiv rješenja iz stavka 17. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

(20) Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima obavljati zdravstvenu djelatnost i u vozilu koje ispunjava uvjete sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona.

(21) Ministarstvo na zahtjev osnivača doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u posebnom vozilu, sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona.

(22) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 21. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(23) Protiv rješenja iz stavka 21. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

(24) Dom zdravlja može organizirati radnu jedinicu za sestrinska savjetovališta za kronične bolesti.

(25) Dom zdravlja može organizirati radnu jedinicu za savjetovalište za dugotrajnu skrb i skrb za kompleksne pacijente te po potrebi organizirati mobilne timove.

(26) Dom zdravlja može ostvariti suradnju s ustanovama iz sustava socijalne skrbi u cilju pružanja integrirane skrbi.“.

Članak 32.

Članak 104. mijenja se i glasi:

„Iznimno od odredbe članka 36. ovoga Zakona, sanitetski prijevoz mogu obavljati i druge zdravstvene ustanove sukladno uvjetima propisanim pravilnikom iz članka 138. ovoga Zakona.“.

Članak 33.

Članak 105. briše se.

Članak 34.

U članku 108. stavak 5. mijenja se i glasi:

„(5) Normative i standarde u pogledu prostora, opreme i djelatnika iz stavaka 1. i 3. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za pravosuđe uz prethodnu suglasnost ministra.“.

Članak 35.

Članak 114. mijenja se i glasi:

„(1) Opća bolnica jest zdravstvena ustanova koja obavlja najmanje djelatnosti kirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i porodiljstva te hitne medicine i ima posteljne, dijagnostičke i druge mogućnosti prilagođene svojoj namjeni.

(2) Za obavljanje djelatnosti iz stavka 1. ovoga članka ovisno o potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu moguće je, u pojedinim djelatnostima umjesto posteljnih kapaciteta, osigurati pružanje zdravstvene zaštite u dnevnoj bolnici.

(3) Ako u gradu uz opću bolnicu bolničku djelatnost obavlja i specijalna bolnica za dječje bolesti, odnosno za ginekologiju i porodiljstvo, opća bolnica ne mora imati ustrojstvenu jedinicu za pedijatriju, odnosno za ginekologiju i porodiljstvo.“.

Članak 36.

Iza članka 118. dodaje se članak 118.a koji glasi:

„Članak 118.a

(1) U bolničkim zdravstvenim ustanovama mogu se organizirati centri izvrsnosti za pojedine bolesti ili dijagnostičke i terapijske postupke.

(2) Ministarstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva Hrvatskog liječničkog zbora ili drugog odgovarajućeg društva, donosi rješenje o dodjeli i obnovi naziva centra iz stavka 1. ovoga članka u roku od 60 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(3) Ako tijelo iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo Ministarstvu ne dostavi mišljenje iz stavka 2. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.

(4) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

(5) Mjerila za dodjelu i obnovu naziva centra iz stavka 1. ovoga članka, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležne komore, pravilnikom propisuje ministar.“.

Članak 37.

U članku 119. riječ: „izvorima“ zamjenjuje se riječju: „činiteljima“.

Članak 38.

U članku 122. stavci 5. i 6. brišu se.

Članak 39.

Članak 127. mijenja se i glasi:

„(1) Visoko učilište zdravstvenog usmjerenja može u skladu s posebnim zakonom kojim se uređuje područje visokog obrazovanja osnovati unutarnje organizacijske cjeline u kojima se može obavljati zdravstvena djelatnost za potrebe nastave.

(2) Medicinski fakultet može, skladu s posebnim zakonom kojim se uređuje područje visokog obrazovanja, osnovati unutarnje organizacijske cjeline za potrebe zdravstvene zaštite studenata na primarnoj i specijalističko-konzilijarnoj razini.

(3) Unutarnje organizacijske cjeline iz stavaka 1. i 2. ovoga članka osnivaju se i njihov rad uređuje se statutom visokog učilišta zdravstvenog usmjerenja, odnosno medicinskog fakulteta koji se donosi uz prethodnu suglasnost ministra.

(4) Za obavljanje zdravstvene djelatnosti iz stavaka 1. i 2. ovoga članka visoko učilište zdravstvenog usmjerenja, odnosno medicinski fakultet obvezan je ispuniti uvjete sukladno pravilniku o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

(5) Ministarstvo donosi rješenje kojim utvrđuje da su ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti iz stavaka 1. i 2. ovoga članka s obzirom na prostor, radnike i medicinsko-tehničku opremu.

(6) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 5. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(7) Protiv rješenja iz stavka 6. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.

(8) Za obavljanje zdravstvene djelatnosti iz stavaka 1. i 2. ovoga članka visoko učilište zdravstvenog usmjerenja, odnosno medicinski fakultet ostvaruje sredstva ugovorom sa Zavodom.“.

Članak 40.

U članku 128. stavku 2. iza riječi: „hitne medicine“ briše se točka i dodaju se riječi: „i sanitetskog prijevoza.“.

U stavku 7. iza riječi: „na području hitne medicine“ briše se točka i dodaju se riječi: „i sanitetskog prijevoza.“.

Članak 41.

Članak 132. mijenja se i glasi:

„(1) U obavljanju stručne i znanstvene djelatnosti na području toksikologije i antidopinga Hrvatski zavod za javno zdravstvo obavlja sljedeće poslove:

- planira i prati provođenje mjera zaštite života i zdravlja ljudi od štetnog djelovanja kemikalija pri redovitom korištenju, odnosno u slučajevima izvanrednog događaja ili pri sumnji na izvanredni događaj
- stručno osposobljava za siguran rad s kemikalijama
- prikuplja i obrađuje podatke o proizvodnji, uvozu i unosu na teritorij Republike Hrvatske kemikalija iz zbirnih godišnjih očevidnika pravnih i fizičkih osoba
- analizira dokumentaciju o ispitivanju kemikalija u zraku, vodi, tlu, rijekama, moru, biljnom i životinjskom svijetu, hrani za ljude i životinje, u redovitim uvjetima, u izvanrednim događajima ili pri sumnji na izvanredni događaj i predlaže mjere zaštite
- izrađuje stručna mišljenja i ocjenjuje svojstva kemikalija i biocidnih proizvoda
- u pripravnosti je za slučaj nesreća i akutnih trovanja s kemikalijama i organizira službu za pomoć

- prati i provodi međunarodne konvencije protiv dopinga u sportu u Republici Hrvatskoj te primjenjuje kodeks Svjetske antidopinške agencije i pravila Hrvatskog olimpijskog odbora, Međunarodnog olimpijskog odbora, Svjetske antidopinške agencije i međunarodnih sportskih saveza, kao središnje nacionalno tijelo za antidoping
- sustavno prati i koordinira akcije Vlade Republike Hrvatske i nevladinih organizacija u borbi protiv dopinga u sportu
- predlaže i provodi mjere u borbi protiv dopinga u sportu
- primjenjuje pravila Hrvatskog olimpijskog odbora, Hrvatskog paraolimpijskog odbora i Hrvatskog sportskog saveza gluhih, Međunarodnog olimpijskog odbora, međunarodnih sportskih udruženja i Svjetske antidopinške agencije
- provodi antidopinški program u skladu s odredbama Svjetskog antidopinškog kodeksa i međunarodnih standarda Svjetske antidopinške agencije i međunarodnih konvencija za borbu protiv dopinga putem Pravila o antidopingu
- donosi Pravila o antidopingu koji je provedbeni dokument za provođenje svih odredbi Svjetskog antidopinškog kodeksa i međunarodnih standarda
- provodi dopinške kontrole sportaša u skladu s Pravilima o antidopingu
- osigurava provedbu svih odredaba Svjetskog antidopinškog kodeksa, uključujući nadzor nad provedbom zabrane sudjelovanja u sportu za osobe kojima je izrečena sankcija zbog kršenja antidopinških pravila u skladu s pravilima o antidopingu
- provodi edukacije sportaša, pratećeg osoblja sportaša i drugih dionika u sustavu sporta iz područja antidopinga u skladu s Pravilima o antidopingu.

(2) Organizatori sportskih natjecanja u Republici Hrvatskoj obvezni su osigurati uvjete za provođenje dopinške kontrole u skladu s Pravilima o antidopingu.“.

Članak 42.

Iza članka 133. dodaje se članak 133.a koji glasi:

„Članak 133.a

(1) U slučaju nastupanja posebnih okolnosti koje podrazumijevaju događaj ili određeno stanje koje se nije moglo predvidjeti i na koje se nije moglo utjecati, a koje ugrožava život i zdravlje građana, uslijed kojih je potrebno brzo i učinkovito poduzimanje aktivnosti iz nadležnosti zavoda za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, Hrvatski zavod za javno zdravstvo odlukom ministra preuzima ulogu koordiniranja i rukovođenja svim zavodima za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, koji su obvezni postupati po naredbama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

(2) U slučaju nastupanja okolnosti iz stavka 1. ovoga članka Hrvatski zavod za javno zdravstvo ovlašten je koordinirati i rukovoditi organizacijom i obavljanjem poslova zavoda za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba iz članka 134. ovoga Zakona dok te okolnosti traju.“.

Članak 43.

U članku 134. stavku 2. iza riječi: „medicine,“ dodaju se riječi: “medicine rada/medicine rada i sporta,“.

U stavku 3. iza podstavka 2. dodaje se novi podstavak 3. koji glasi:

„- provodi specifičnu i preventivnu zdravstvenu zaštitu radnika i ocjenjivanje zdravstvene sposobnosti, praćenje zdravstvenog stanja radnika, mjere za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja radnika, organizirano provodi specifičnu zdravstvenu zaštitu radi preventive, sudjeluje u provođenju mjera i aktivnosti za prevenciju psihosocijalnih rizika i suzbijanje bolesti ovisnosti u radnoj populaciji, provodi mjere za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja sportaša i sportske populacije, sudjeluje u provedbi preventivnih programa vezano uz kronične nezarazne bolesti radnika te provodi stručno osposobljavanje radnika iz područja medicine rada/medicine rada i sporta“.

Dosadašnji podstavci 3. do 20. postaju podstavci 4. do 21.

Iza stavka 3. dodaje se stavak 4. koji glasi:

„(4) Zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba u obavljanju poslova iz stavka 3. podstavaka 1., 16. i 17. ovoga članka, obavezan je postupati sukladno donesenim nacionalnim preventivnim programima i smjernicama Ministarstva, odnosno Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za njihovu provedbu.“.

Članak 44.

Članak 138. mijenja se i glasi:

„(1) Hrvatski zavod za hitnu medicinu jest zdravstvena ustanova za obavljanje djelatnosti hitne medicine, sanitetskog prijevoza i telemedicine.

(2) Djelatnost hitne medicine organizira se u svrhu neprekidnog hitnog medicinskog zbrinjavanja svih osoba kojima je zbog bolesti, stradanja ili ozljede neposredno ugrožen život, pojedini organ ili dijelovi tijela, odnosno kod kojih bi u kratkom vremenu moglo doći do životne ugroženosti, a radi maksimalnog skraćivanja vremena od nastanka hitnog stanja do konačnog medicinskog zbrinjavanja.

(3) Djelatnost hitne medicine obuhvaća provođenje mjera i postupaka hitnog izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulantni zavoda za hitnu medicinu ili tijekom prijevoza oboljelih i ozlijeđenih osoba prijevoznim sredstvima hitne medicinske službe u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu te provođenje mjera i postupaka hitnog bolničkog medicinskog zbrinjavanja u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi.

(4) Djelatnost sanitetskog prijevoza obuhvaća prijevoz bolesnika u svrhu pružanja zdravstvenih usluga vozilom za sanitetski prijevoz s propisanom medicinsko-tehničkom opremom za siguran prijevoz bolesnika.

(5) Mrežu hitne medicine i sanitetskog prijevoza na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, uz prethodno pribavljeno mišljenje predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba odlukom donosi ministar.

(6) Organizaciju i način obavljanja hitne medicine i sanitetskog prijevoza na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.

(7) Ako tijelo iz stavka 6. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 6. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“.

Članak 45.

Članak 139. mijenja se i glasi:

„(1) Standarde za provođenje programa javno dostupne rane defibrilacije na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar.

(2) Standarde i normative u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza na svim razinama zdravstvene djelatnosti na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.

(3) Ako tijelo iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 2. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“.

Članak 46.

Članak 140. mijenja se i glasi:

„(1) Hrvatski zavod za hitnu medicinu uz poslove iz članaka 138. i 139. ovoga Zakona obavlja sljedeće poslove:

- općim aktom utvrđuje raspored i područje djelovanja timova hitne medicinske službe na području Republike Hrvatske
- predlaže strategiju razvoja djelatnosti hitne medicine
- oblikuje doktrinu u djelatnosti hitne medicine
- predlaže, planira, prati i analizira program mjera i aktivnosti u djelatnosti hitne medicine
- predlaže ministru mrežu hitne medicine i sanitetskih prijevoza
- općim aktom donosi standarde u djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza
- općim aktom donosi raspored i standard hitne medicinske službe tijekom turističke sezone
- prati, analizira i nadzire ujednačenu provedbu standarda kvalitete rada i opremljenosti u djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza
- utvrđuje opremljenost zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba sukladno standardima i normativima te o tome jednom godišnje obavještava osnivače zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba
- može provoditi postupke zajedničke nabave opreme za potrebe zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba sukladno propisu kojim se uređuje javna nabava
- koordinira i stručno usmjerava rad zdravstvenih ustanova koje obavljaju djelatnost hitne medicine
- koordinira, stručno usmjerava i prati kvalitetu rada u djelatnosti hitne medicine

- donosi edukacijske programe cjeloživotnog obrazovanja / trajne izobrazbe radnika u djelatnosti hitne medicine te sudjeluje u provedbi i nadzire edukaciju i stručno usavršavanje radnika u djelatnosti hitne medicine
- utvrđuje uvjete i akreditira provoditelje programa edukacije, dodatnog usavršavanja i cjeloživotnog obrazovanja u djelatnosti hitne medicine
- sudjeluje u obrazovanju drugih zdravstvenih radnika
- predlaže program mjera zdravstvene zaštite iz područja rada hitne medicine
- planira i provodi aktivnosti radi uspostave informatizacije sustava hitne medicine kompatibilne s informatičkim sustavom Zavoda
- provodi edukaciju stanovništva iz svoga područja rada
- surađuje s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima radi unaprjeđenja liječenja i dijagnostike iz područja hitne medicine
- surađuje s obrazovnim ustanovama i visokim učilištima te drugim institucijama radi unaprjeđenja djelatnosti hitne medicine
- prati i provodi stručna i znanstvena istraživanja iz hitne medicine
- prikuplja, analizira i objavljuje podatke iz djelatnosti hitne medicine i dostavlja ih Ministarstvu, Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i Zavodu
- prikuplja podatke i vodi registre iz područja hitne medicine
- općim aktom donosi standarde za organizaciju rada hitne medicinske službe u izvanrednim prilikama, velikim nesrećama i katastrofama
- surađuje s drugim tijelima državne uprave radi unaprjeđenja hitne medicine
- planira i sudjeluje u izradi i provedbi pojedinih projekata zdravstvene zaštite u izvanrednim prilikama u koordinaciji s Kriznim stožerom Ministarstva, Ministarstvom unutarnjih poslova, Ministarstvom obrane, Hrvatskim Crvenim križem, Hrvatskom gorskom službom spašavanja te ostalim službama za spašavanje
- utvrđuje uvjete za organizaciju hitne medicinske službe na javnim priredbama i drugim oblicima okupljanja
- planira i provodi projekte u djelatnosti hitne medicine
- donosi opće akte o provedbi standardnih operativnih postupaka, protokola rada i algoritama postupanja u djelatnosti hitne medicine
- donosi opće akte o provedbi utvrđenih standarda opreme, vozila te vizualnog identiteta vozila i zdravstvenih radnika
- obavlja i druge poslove iz područja svoje djelatnosti.

(2) Hrvatski zavod za hitnu medicinu u zavodima za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba koordinira, prati, analizira i nadzire ujednačenu provedbu standarda kvalitete rada, opremljenosti u djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza i provedbu stručnih akata koje donosi Hrvatski zavod za hitnu medicinu.

(3) U slučaju da Hrvatski zavod za hitnu medicinu utvrdi nepravilnosti vezane uz stavak 2. ovoga članka, daje primjereni rok za otklanjanje nepravilnosti, a u slučaju da nepravilnosti nisu otklonjene u danom roku o tome obavještava ministra.“.

Članak 47.

U članku 142. podstavci 1. i 2. mijenjaju se i glase:

„- provodi mjere hitne medicine na području jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, a za osiguranje pravovremene i dostupne hitne medicine sukladno općem aktu Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu provodi mjere hitne medicine na području

jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba s kojima teritorijalno graniči, odnosno na području cijele Republike Hrvatske

- vodi propisanu dokumentaciju i izvješća te ih s podacima o svom radu i poslovanju dostavlja Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu“.

U podstavku 14. riječi: „sukladno odluci osnivača može obavljati“ zamjenjuju se riječju: „obavlja“.

Članak 48.

U članku 155. iza stavka 4. dodaju se stavci 5. i 6. koji glase:

„(5) Zdravstveni radnici iz stavka 2. ovoga članka koji su u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb u mreži javne zdravstvene službe mogu nastaviti raditi do navršениh 68 godina života uz prethodnu suglasnost poslodavca.

(6) Zdravstveni radnici iz stavka 5. ovoga članka mogu nastaviti raditi i nakon navršениh 68 godina života uz prethodnu suglasnost poslodavca i ministra.“.

Članak 49.

Iza članka 156. dodaje se članak 156.a koji glasi:

„Članak 156.a

Zdravstveni radnik za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelja, zamjenika ravnatelja, pomoćnika ravnatelja zdravstvene ustanove, predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave ne može biti osnivač zdravstvene ustanove ili trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost u zdravstvenoj djelatnosti u kojoj je zaposlen, odnosno u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zaposlen.“.

Članak 50.

U članku 157. iza stavka 4. dodaje se novi stavak 5. koji glasi:

„(5) Poslodavac može dati odobrenje iz stavka 1. ovoga članka predstojniku klinike, predstojniku kliničkog zavoda, pročelniku zavoda i pročelniku službe zdravstvene ustanove uz ispunjavanje uvjeta iz stavka 3. ovoga članka te u skladu s mjerilima propisanim pravilnikom iz stavka 6. ovoga članka samo u slučaju ako to ne uzrokuje poteškoće u organizaciji rada pojedinih ustrojstvenih jedinica zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka.“.

Dosadašnji stavak 5. postaje stavak 6.

Članak 51.

Iza članka 160. dodaje se članak 160.a koji glasi:

„Članak 160.a

U slučaju poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka, ministar može zatražiti od ravnatelja uskratu i opoziv danih odobrenja iz članka 157. ovoga Zakona dok te okolnosti traju.“.

Članak 52.

Iza članka 179. dodaje se članak 179.a koji glasi:

„Članak 179.a

(1) Radi uključivanja doktora medicine bez specijalizacije kojima je izdano odobrenje za samostalni rad u sustav zdravstvene zaštite ministar odlukom donosi poseban program mjera uz prethodno mišljenje nadležne komore.

(2) Program mjera iz stavka 1. ovoga članka sadrži mjere za osnaživanje i usavršavanje doktora medicine bez specijalizacije kojima je izdano odobrenje za samostalni rad.

(3) Ako tijelo iz stavka 1. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“.

Članak 53.

U članku 182. stavku 6. iza riječi: „članka“ dodaju se riječi: „i imenovanju glavnog mentora, odnosno mentora“.

Iza stavka 7. dodaje se stavak 8. koji glasi:

„(8) Iznimno od stavka 4. ovoga članka ministar može godišnjim planom odobriti dodatni broj potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koje nisu obuhvaćene Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja ako te specijalizacije nije bilo moguće iz objektivnih razloga planirati u Nacionalnom planu specijalističkog usavršavanja.“.

Članak 54.

U članku 183. stavak 3. mijenja se i glasi:

„(3) Standarde i način prijama specijalizanata pravilnikom propisuje ministar, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.“.

Iza stavka 3. dodaje se novi stavak 4. koji glasi:

„(4) Način polaganja specijalističkog ispita, odnosno ispita iz uže specijalizacije te standarde za određivanje ovlaštenih zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava i zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu za provođenje specijalističkog staža pravilnikom propisuje ministar, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.“.

Dosadašnji stavak 4. koji postaje stavak 5. mijenja se i glasi:

„(5) Ako tijelo iz stavaka 3. i 4. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavaka 3. i 4. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“.

Članak 55.

U članku 184. stavku 4. riječi: „imenuje ministar iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti“ zamjenjuju se riječima: „određuje Ministarstvo iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti s liste ispitivača iz stavka 6. ovoga članka.“.

Članak 56.

Iza članka 184. dodaje se članak 184.a koji glasi:

„Članak 184.a

(1) Iznimno od članka 184. ovoga Zakona kandidat, doktor medicine, može polagati europski specijalistički ispit pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS).

(2) Kandidat iz stavka 1. ovoga članka obvezan je provesti cjelokupni propisani program specijalističkog usavršavanja, a stečene kompetencije potvrđuju glavni mentor i mentor.

(3) Ministarstvo rješenjem priznaje europski specijalistički ispit položen pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS) i daje pravo na korištenje specijalističkog naziva propisanog u Republici Hrvatskoj.

(4) Uz zahtjev za donošenje rješenja iz stavka 3. ovoga članka podnositelj zahtjeva dostavlja dokaz o položenom europskom specijalističkom ispitu UEMS i o obavljenom cjelokupnom programu specijalističkog usavršavanja.

(5) Protiv rješenja iz stavka 3. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.“.

Članak 57.

Iza članka 193. dodaje se članak 193.a koji glasi:

„Članak 193.a

(1) Na poslovima na kojima ni uz primjenu mjera zaštite na radu nije moguće zaštititi radnika od štetnog utjecaja, radno vrijeme skraćuje se razmjerno štetnom utjecaju uvjeta rada na zdravlje i sposobnost radnika.

(2) Poslovi iz stavka 1. ovoga članka su poslovi:

- s otvorenim izvorima ionizirajućeg zračenja
 - pripreme antineoplastičnih lijekova
 - intravenozna aplikacija antineoplastičnih lijekova
- pod uvjetom da se obavljaju 2/3 radnog vremena.

(3) Za poslove iz stavka 1. ovoga članka određuje se opseg skraćenoga radnog vremena na 35 sati tjedno.“.

Članak 58.

Članci 242. do 252. mijenjaju se i glase:

„Članak 242.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova ako:

1. uskraćuje osobama jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 1.)
2. uskraćuje osobama slobodan izbor doktora medicine i doktora dentalne medicine primarne zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 2.)
3. uskraćuje osobama zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja (članak 26. stavak 1. točka 3.)
4. uskraćuje osobama prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada im je ona potrebna, osim kad im je pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice za njihovo zdravlje ili za njihov život (članak 26. stavak 1. točka 4.)
5. uskraćuje osobama odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije stečene stručne kvalifikacije, odnosno ishodenog odobrenja za samostalan rad (članak 26. stavak 1. točka 5.)
6. uskraćuje osobama prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njihov život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njihova zdravlja (članak 26. stavak 1. točka 6.)
7. uskraćuje osobama prehranu u skladu s njihovim svjetonazorom za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi (članak 26. stavak 1. točka 7.)
8. uskraćuje osobama obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenome prostoru (članak 26. stavak 1. točka 8.)
9. ne omogući opremanje osoba u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih, odnosno drugih običaja vezanih uz iskaz pijeteta prema umrloj osobi (članak 26. stavak 1. točka 9.)
10. ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)
11. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da ljekarnička ustanova, odnosno doma zdravlja ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni (članak 37. stavak 5.)

12. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da zdravstvena ustanova, ispunjava normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu (članak 39.b stavak 5. i stavak 7.)
13. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da turistička ambulanta ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 39.c stavak 5.)
14. koristi zaštićeni znak zdravstvenog turizma, a nije upisana u Upisnik zdravstvenog turizma (članak 40. stavak 2.)
15. ne osigura hitnu medicinsku pomoć (članak 43.)
16. sklopi ugovor sa zdravstvenim radnikom sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem koji obavlja privatnu praksu protivno odredbi članka 62. ovoga Zakona
17. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da zdravstvena ustanova ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 76. stavak 1.)
18. proširi ili promijeni djelatnost prije nego što je rješenjem utvrđeno da zdravstvena ustanova ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 78.)
19. prestane obavljati zdravstvenu djelatnost bez rješenja Ministarstva o prestanku rada (članak 80. stavak 3.)
20. primi u radni odnos za obavljanje poslova u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom zdravstvenog radnika koji je pravomoćno osuđen za neko od kaznenih djela iz glave XVI. Kaznenog zakona („Narodne novine“, br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. i 101/17.) - Kaznena djela protiv spolne slobode i glave XVII. istoga Zakona - Kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta (članak 156. stavak 1.)
21. ne primi zdravstvene radnike na pripravnički staž (članak 174. stavak 2.)
22. onemogućiti zdravstvenom radniku stručno usavršavanje (članak 179. stavak 1.)
23. ne osigura kontinuitet zdravstvene zaštite, odnosno ako dopusti da zdravstveni radnici napuste mjesta rada bez zamjene drugog radnika, ako se time dovodi u pitanje sigurnost pružanja zdravstvene zaštite (članak 193. stavci 1. i 13.)
24. ne provodi unutarnji nadzor nad radom svojih ustrojstvenih jedinica i zdravstvenih radnika (članak 201. stavak 1.)
25. inspektoru onemogućiti obavljanje inspekcijskog nadzora i odbije pružiti potrebne podatke i obavijesti (članak 209. stavak 3.)
26. ne izvrši naređene mjere iz članka 213. stavka 1. točaka 1., 2., 3., 5., 6., 7., 8. i 10. ovoga Zakona
27. ne obavi propisanu obdukciju (članak 236. stavak 2.).

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura i odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi.

(3) Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura kaznit će se za prekršaj iz stavka 1. točaka 1., 3., 4., 5., 6., 10., 15., 22. i 25. ovoga članka privatni zdravstveni radnik.

Članak 243.

Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura kaznit će se za prekršaj ravnatelj zdravstvene ustanove:

1. ako ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)
2. ako ministru tromjesečno ne podnese pisano izvješće o broju osoba umrlih u zdravstvenoj ustanovi te o broju izvršenih obdukcija (članak 89. stavak 1.).

Članak 244.

Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura kaznit će se za prekršaj ravnatelj zdravstvene ustanove ako u izvanrednim okolnostima kada je ugrožen proces pružanja zdravstvene zaštite ili postoji neposredna opasnost za život i zdravlje osoba bez odgađanja o tim okolnostima ne obavijesti Ministarstvo i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (članak 89. stavak 2.).

Članak 245.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se za prekršaj trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ako:

1. uskraćuje osobama jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 1.)
2. uskraćuje osobama zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja (članak 26. stavak 1. točka 3.)
3. uskraćuje osobama prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada im je ona potrebna, osim kad im je pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice za njihovo zdravlje ili za njihov život (članak 26. stavak 1. točka 4.)
4. uskraćuje osobama odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije stečene stručne kvalifikacije, odnosno ishoda odobrenja za samostalan rad (članak 26. stavak 1. točka 5.)
5. uskraćuje osobama prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njihov život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njihova zdravlja (članak 26. stavak 1. točka 6.)
6. ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)
7. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da zdravstvena ustanova, trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnik ispunjava normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu (članak 39.b stavak 5.)
8. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da turistička ambulanta ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 39.c stavak 5.)
9. koristi zaštićeni znak zdravstvenog turizma, a nije upisano u Upisnik zdravstvenog turizma (članak 40. stavak 2.)
10. ne osigura hitnu medicinsku pomoć (članak 43.)
11. sklopi ugovor sa zdravstvenim radnikom sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem koji obavlja privatnu praksu protivno odredbi članka 62. ovoga Zakona
12. obavlja zdravstvenu djelatnost protivno odredbi članka 148. ovoga Zakona

13. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da trgovačko društvo ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 152. stavak 4.)
14. proširi ili promijeni djelatnost prije nego što je rješenjem utvrđeno da trgovačko društvo ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 153.)
15. prestane obavljati zdravstvenu djelatnost bez rješenja Ministarstva o prestanku rada (članak 154. stavak 2.)
16. primi u radni odnos za obavljanje poslova u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom zdravstvenog radnika koji je pravomoćno osuđen za neko od kaznenih djela iz glave XVI. Kaznenog zakona („Narodne novine“, br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. i 101/17.) - Kaznena djela protiv spolne slobode i glave XVII. istoga Zakona - Kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta (članak 156. stavak 1.)
17. ne primi zdravstvene radnike na pripravnički staž (članak 174. stavak 2.)
18. onemogući zdravstvenom radniku stručno usavršavanje (članak 179. stavak 1.)
19. ne provodi unutarnji nadzor nad radom svojih ustrojstvenih jedinica i zdravstvenih radnika (članak 201. stavak 1.)
20. inspektoru onemogući obavljanje inspeksijskog nadzora i odbije pružiti potrebne podatke i obavijesti (članak 209. stavak 3.)
21. ne izvrši naređene mjere iz članka 213. stavka 1. točaka 1., 2., 3., 5., 6., 7. i 9. ovoga Zakona.

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura i odgovorna osoba u trgovačkom društvu.

Članak 246.

Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura kaznit će se za prekršaj privatni zdravstveni radnik ako:

1. uskraćuje osobama jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 1.)
2. uskraćuje osobama zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja (članak 26. stavak 1. točka 3.)
3. uskraćuje osobama prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada im je ona potrebna, osim kad im je pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice za njihovo zdravlje ili za njihov život (članak 26. stavak 1. točka 4.)
4. uskraćuje osobama odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije stečene stručne kvalifikacije, odnosno ishoda odobrenja za samostalan rad (članak 26. stavak 1. točka 5.)
5. uskraćuje osobama prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njihov život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njihova zdravlja (članak 26. stavak 1. točka 6.)
6. ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)

7. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da zdravstvena ustanova, trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnik ispunjava normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu (članak 39.b stavak 5.)
8. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da turistička ambulanta ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 39.c stavak 5.)
9. koristi zaštićeni znak zdravstvenog turizma, a nije upisan u Upisnik zdravstvenog turizma (članak 40. stavak 2.)
10. obavlja privatnu praksu bez odobrenja za samostalan rad (članak 47. stavak 1. točka 2. i članak 49. stavak 4.)
11. obavlja privatnu praksu bez radne sposobnosti (članak 47. stavak 1. točka 3. i članak 49. stavak 4.)
12. obavlja privatnu praksu bez potpune poslovne sposobnosti (članak 47. stavak 1. točka 4. i članak 49. stavak 4.)
13. obavlja privatnu praksu za vrijeme trajanja radnog odnosa, odnosno dok obavlja drugu samostalnu djelatnost (članak 47. stavak 1. točka 7. i članak 49. stavak 4.)
14. obavlja privatnu praksu, a ne raspolaže odgovarajućim prostorom sukladno normativima i standardima za obavljanje privatne prakse u pogledu prostora (članak 47. stavak 1. točka 8. i članak 49. stavak 4.)
15. obavlja privatnu praksu, a ne raspolaže odgovarajućom medicinsko-tehničkom opremom sukladno normativima i standardima za obavljanje privatne prakse u pogledu medicinsko-tehničke opreme (članak 47. stavak 1. točka 9. i članak 49. stavak 4.)
16. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno ispunjenje uvjeta s obzirom na prostor, radnike i medicinsko-tehničku opremu (članak 51. stavak 3.)
17. ima više od jedne ordinacije, ljekarne ili medicinsko-biokemijskog laboratorija, odnosno jedne privatne prakse u svojoj struci (članak 54. stavak 1.)
18. ne obavlja poslove privatne prakse osobno (članak 54. stavak 2.)
19. primi u radni odnos više zdravstvenih radnika iste struke (članak 54. stavak 3.)
20. obavlja privatnu praksu s više od dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu (članak 54. stavak 6.)
21. za opredijeljene osigurane osobe ne osigura zamjenu ugovorom s drugim zdravstvenim radnikom iste struke koji obavlja privatnu praksu ili zdravstvenom ustanovom, odnosno trgovačkim društvom koje obavlja zdravstvenu djelatnost (članak 63.)
22. ne pruži hitnu medicinsku pomoć svim osobama u okviru svoje kvalifikacije stečene obrazovanjem (članak 64. stavak 1. točka 1.)
23. se ne odazove pozivu nadležnog tijela u radu na sprječavanju i suzbijanju zaraznih bolesti, kao i na zaštiti i spašavanju stanovništva u slučaju katastrofe (članak 64. stavak 1. točka 2.)
24. ne vodi medicinsku dokumentaciju i drugu evidenciju o osobama kojima pruža zdravstvenu zaštitu ili ne podnese izvješće o tome nadležnoj zdravstvenoj ustanovi u skladu sa zakonom kojim se uređuje područje podataka i informacija u zdravstvu (članak 64. stavak 1. točka 3.)
25. ne postupi po zahtjevu nadležnog tijela za davanje podataka o radu (članak 64. stavak 1. točka 4.)
26. se ne odazove pozivu nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite (članak 64. stavak 2.)
27. privremeno obustavi rad bez rješenja ministra (članak 65. stavak 4.)

28. ne postupi po rješenju ministra o prestanku odobrenja za obavljanje privatne prakse (članak 68. stavak 2.)
29. obavlja privatnu praksu u djelatnosti u kojoj nije dopuštena (članak 69.)
30. obavlja poslove u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom, a pravomoćno je osuđen za neko od kaznenih djela iz glave XVI. Kaznenog zakona („Narodne novine“, br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. i 101/17.) - Kaznena djela protiv spolne slobode i glave XVII. istoga Zakona - Kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta (članak 156. stavak 1.)
31. ne postupi po utvrđenom rasporedu radnog vremena (članak 194. stavak 2.)
32. ne obavi posebno dežurstvo prema rasporedu provođenja posebnog dežurstva koje utvrđuje tijelo nadležno za zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb (članak 195. stavak 4.)
33. inspektoru onemogućiti obavljanje inspeksijskog nadzora i odbije pružiti potrebne podatke i obavijesti (članak 209. stavak 3.)
34. ne izvrši naređene mjere iz članka 213. stavka 1. točaka 1., 2., 3., 5., 6., 7., 8. i 9. ovoga Zakona
35. ne utvrdi nastup smrti, vrijeme i uzrok smrti osobe umrle izvan zdravstvene ustanove sukladno odredbi članka 230. stavka 2. ovoga Zakona.

Članak 247.

Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura kaznit će se za prekršaj zdravstveni radnik ako obavlja rad izvan punoga radnog vremena protivno odredbi članka 126. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 248.

Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 5.300,00 eura kaznit će se za prekršaj poslodavac ako ne osigura mjere zdravstvene zaštite u vezi s radom i radnim okolišem (članak 23. stavak 1.).

Članak 249.

Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se za prekršaj zdravstveni radnik koji obavlja poslove za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti poslodavca bez odobrenja iz članka 157. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 250.

Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se za prekršaj zdravstveni radnik koji obavlja poslove za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti poslodavca protivno ugovoru iz članka 159. ovoga Zakona.

Članak 251.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 6.630,00 do 13.270,00 eura kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova, odnosno trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost u kojem zdravstveni radnik obavlja poslove za svoj račun na temelju odobrenja iz članka 157. stavka 1. ovoga Zakona, a koje postupi protivno ugovoru iz članka 159. ovoga Zakona.

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura i privatni zdravstveni radnik te odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi, odnosno trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost.

Članak 252.

Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se za prekršaj odgovorna osoba poslodavca ako:

- zdravstvenom radniku da odobrenje za sklapanje poslova za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti poslodavca protivno mjerilima iz članka 157. ovoga Zakona ili bez prethodno sklopljenog ugovora iz članka 159. ovoga Zakona
- ne opozove odobrenje u slučaju iz članka 160. ovoga Zakona.

Članak 59.

Iza članka 252. dodaju se članci 252.a i 252.b koji glase:

„Članak 252.a

Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se za prekršaj pravna osoba ako utvrđuje ljekovitost prirodnih ljekovitih činitelja prije nego što je rješenjem dobila ovlaštenje Ministarstva (članak 39.b stavak 6.).

Članak 252.b

Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se za prekršaj ravnatelj, zamjenik ravnatelja, pomoćnik ravnatelja zdravstvene ustanove, predstojnik klinike, predstojnik kliničkog zavoda, pročelnik zavoda i pročelnik službe zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave ako je za vrijeme obnašanja tih dužnosti osnivač zdravstvene ustanove ili trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost u zdravstvenoj djelatnosti u kojoj je zaposlen, odnosno u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zaposlen (članak 156.a).“.

Članak 60.

U cijelom tekstu Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., 125/19., 147/20. i 119/22.), riječi: „Ministarstvo pravosuđa“ u odgovarajućem padežu zamjenjuju se riječima: „ministarstvo nadležno za pravosuđe“ u odgovarajućem padežu.

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 61.

Zdravstveni radnici iz članka 261. stavaka 1. i 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., 125/19., 147/20. i 119/22.), nastavljaju rad u privatnoj praksi zakupom najkasnije do navršenih 65 godina života.

Članak 62.

(1) Zdravstvene ustanove obvezne su uskladiti svoj rad i poslovanje s odredbama ovoga Zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(2) Jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb obvezni su uskladiti rad i poslovanje domova zdravlja čiji su osnivači na svom području s člankom 102. stavkom 2. koji je izmijenjen člankom 30. ovoga Zakona u roku od 18 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 63.

(1) Vlada Republike Hrvatske obvezna je u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona imenovati članove upravnih vijeća u zavodima za javno zdravstvo i zavodima za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave iz članka 83. stavka 5. koji je izmijenjen člankom 21. ovoga Zakona.

(2) Jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb obvezna je u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona imenovati članove upravnih vijeća u zavodima za javno zdravstvo i zavodima za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave iz članka 83. stavka 5. koji je izmijenjen člankom 21. ovoga Zakona.

Članak 64.

Ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik uvjet iz članka 85. stavka 11. koji je izmijenjen člankom 23. ovoga Zakona, obvezni su ispuniti u roku od tri godine od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 65.

(1) Pravilnike iz članka 6., 7., 10., 13., 14., 15., 23., 36., 44., 45. i 54. ovoga Zakona ministar će donijeti u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(2) Pravilnik iz članka 34. ovoga Zakona ministar nadležan za pravosuđe će donijeti u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(3) Program mjera iz članka 52. ovoga Zakona ministar će donijeti u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 66.

Mrežu hitne medicine i sanitetskog prijevoza iz članka 44. ovoga Zakona ministar će donijeti u roku od 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 67.

Opće akte iz članka 46. ovoga Zakona Hrvatski zavod za hitnu medicinu donijet će u roku od 12 mjeseci od dana stupnja na snagu ovoga Zakona.

Članak 68.

Do stupanja na snagu Pravilnika iz članka 65. stavka 1. ovoga Zakona ostaju na snazi:

- Pravilnik o organizaciji i načinu obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza („Narodne novine“, broj 72/19.)
- Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja hitne medicine („Narodne novine“, broj 71/16.)
- Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine („Narodne novine“, broj 71/16.)
- Pravilnik o mjerilima za prijam specijalizanata („Narodne novine“, broj 83/15.)
- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“, broj 65/22.).

Članak 69.

Do stupanja na snagu Mreže iz članka 66. ovoga Zakona ostaje na snazi Mreža hitne medicine („Narodne novine“, br. 49/16. i 67/17.).

Članak 70.

(1) U slučaju prestanka rada svih zdravstvenih radnika iz članka 261. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., 125/19., 147/20. i 119/22.), koji su zdravstvenu djelatnost nastavili obavljati u privatnoj praksi u skladu s člankom 46. stavkom 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., 125/19., 147/20. i 119/22.), na osnovi zakupa prostora koji je u vlasništvu doma zdravlja ili ljekarničke zdravstvene ustanove, odnosno u prostoru s kojim dom zdravlja ili ljekarnička zdravstvena ustanova raspolažu temeljem valjanog dokaza o raspolaganju prostorom, prostor i oprema vraćaju se domu zdravlja, odnosno ljekarničkoj zdravstvenoj ustanovi koji nastavljaju obavljati ljekarničku djelatnost.

(2) Za lijekove i medicinske proizvode u količini koja odgovara potrebnim zalihama privatne prakse - ljekarne iz stavka 1. ovoga članka domovi zdravlja, odnosno ljekarničke zdravstvene ustanove sklapaju ugovor o otkupu istog po nabavnoj cijeni i s rokom otplate od 60 dana.

(3) Za potrošni materijal zatečen u privatnoj praksi - ljekarni iz stavka 1. ovoga članka na dan sklapanja ugovora o zakupu zakupodavac i zakupac sklapaju ugovor o otkupu tog potrošnog materijala po nabavnoj cijeni i s rokom otplate od 60 dana.

(4) Dom zdravlja, odnosno ljekarnička zdravstvena ustanova može nastaviti obavljati zdravstvenu djelatnost u prostoru iz stavka 1. ovoga članka na temelju rješenja Ministarstva.

Članak 71.

(1) U slučaju prestanka rada zdravstvenog radnika iz članka 268. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., 125/19., 147/20. i 119/22.), prostor i oprema vraćaju se domu zdravlja.

(2) Ako zdravstvenom radniku iz stavka 1. ovoga članka, prestane pravo na obavljanje privatne prakse, ugovori o radu zdravstvenih radnika u timu tog zdravstvenog radnika prenose se na dom zdravlja kao prethodnog poslodavca radnika.

Članak 72.

(1) Dana 1. siječnja 2024. jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb prestaje biti osnivač opće bolnice, a osnivač postaje Republika Hrvatska.

(2) Osnivačka prava nad općim bolnicama iz stavka 1. ovoga članka s jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba prenose se bez naknade na Republiku Hrvatsku.

(3) Na Republiku Hrvatsku prenose se sva prava i obveze koje proizlaze iz osnivačkih prava u općoj bolnici iz stavka 1. ovoga članka.

Članak 73.

Opće bolnice iz članka 72. ovoga Zakona sredstva za rad ostvaruju iz izvora i na način osiguravanja sredstava za rad zdravstvene ustanove u mreži javne zdravstvene službe, sukladno odredbama ovoga Zakona.

Članak 74.

Međusobna prava i obveze između Vlade Republike Hrvatske putem Ministarstva zdravstva, jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba te opće bolnice iz članka 72. ovoga Zakona u vezi s prijenosom osnivačkih prava općih bolnica na Republiku Hrvatsku utvrdit će se posebnim sporazumom.

Članak 75.

(1) Vlada Republike Hrvatske te jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb imenovat će članove upravnog vijeća općih bolnica iz članka 72. ovoga Zakona sukladno odredbama ovoga Zakona, u roku od tri mjeseca od dana prijensa osnivačkih prava iz članka 72. stavka 1. ovoga Zakona.

(2) Do imenovanja upravnih vijeća sukladno stavku 1. ovoga članka, općim bolnicama iz članka 72. ovoga Zakona upravljaju upravna vijeća sukladno članku 83. stavku 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18., 125/19., 147/20. i 119/22.).

(3) Upravno vijeće općih bolnica iz članka 72. ovoga Zakona prestaje upravljati zdravstvenom ustanovom danom imenovanja članova upravnog vijeća iz stavka 1. ovoga članka.

(4) Upravno vijeće iz stavka 1. ovoga članka imenovat će privremenog ravnatelja opće bolnice iz članka 72. ovoga Zakona u roku od osam dana od dana imenovanja upravnog vijeća iz stavka 1. ovoga članka.

(5) Danom imenovanja privremenog ravnatelja iz stavka 4. ovoga članka prestaje mandat zatečenog ravnatelja.

Članak 76.

Na imenovanje ravnatelja općih bolnica iz članka 72. ovoga Zakona na odgovarajući način primjenjuje se odredba članka 86.a koji je dodan člankom 25. ovoga Zakona.

Članak 77.

Opće bolnice iz članka 72. ovoga Zakona obvezne su u roku od šest mjeseci od dana prijena osnivačkih prava na Republiku Hrvatsku uskladiti Statut i druge opće akte s odredbama ovoga Zakona.

Članak 78.

Rad već postojećih turističkih ambulanti mora se uskladiti s odredbama ovoga Zakona u roku od jedne godine od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 79.

(1) Zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba preuzet će poslove, pismohranu i drugu dokumentaciju i radnike koji obavljaju djelatnost sanitetskog prijevoza u domovima zdravlja na području jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(2) Uvjete, način korištenja i raspolaganja prostorom i opremom koja se koristi za obavljanje djelatnosti sanitetskog prijevoza te ostala prava i obveze koja proizlaze iz obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza u domovima zdravlja na području jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, sporazumno će utvrditi zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba i domovi zdravlja jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba uz suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba.

Članak 80.

(1) Do sklapanja novih ugovora o radu preuzeti radnici domova zdravlja koji obavljaju djelatnost sanitetskog prijevoza, nastavljaju obavljati poslove te zadržavaju pravo na plaću, druga prava iz radnog odnosa te obveze i odgovornosti prema dosadašnjim ugovorima o radu.

(2) U roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona radnicima iz stavka 1. ovoga članka ponudit će se sklapanje novog ugovora o radu.

(3) Ako radnik iz stavka 1. ovoga članka ne prihvati sklapanje novog ugovora o radu ili se u roku koji odredi zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba ne izjasni o ponudi sklapanja novog ugovora o radu ili se izjasni nakon isteka ostavljenog roka, odnosno ako mu sklapanje novog ugovora o radu neće biti ponuđeno u roku iz stavka 2. ovoga članka, primjenjuju se opći propisi o radu.

Članak 81.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“.

O B R A Z L O Ž E N J E

Uz članak 1.

Uređuje se da je svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to iznimno od njega zatraži, obvezan u slučaju životno ugrožavajućih stanja, pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta, odnosno u neposrednoj blizini radilišta.

Uz članak 2.

Ovim se člankom propisuje da jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb i jedinica lokalne samouprave može osigurati sredstva u svrhu poticanja zdravstvenih radnika za rad na svom području radi popunjavanja mreže javne zdravstvene službe.

Uz članak 3.

Ovim se člankom propisuje da Savjet za zdravlje jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba jednom godišnje izvješćuje Nacionalno zdravstveno vijeće o predloženim i provedenim mjerama za ostvarivanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite na svom području, najkasnije do 30. ožujka za prethodnu godinu.

Uz članak 4.

Ovim člankom uvodi se načelo kvalitete i integracije u sustav zdravstvene zaštite stanovništva Republike Hrvatske.

Uz članak 5.

Ovim člankom definira se načelo kvalitete kojim se osigurava provođenje mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima kako bi se osigurali najviši mogući povoljni ishodi liječenja.

Uz članak 6.

Ovim člankom definira se načelo integracije koje uključuje i funkcionalnu integraciju kojom se osigurava suradnju zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti, uz restrukturiranje na osnovi zajedničkog razvoja, unaprjeđenja i usklađivanja procesa upravljanja, dijagnostičko-terapijskih postupaka, dobre kliničke prakse, dugotrajne skrbi i skrbi za kompleksne pacijente, kao i svih drugih oblika operativnih metodologija usmjerenih prema boljoj kvaliteti zdravstvenih usluga, ishoda liječenja te povećanoj djelotvornosti i dugoročnoj racionalizaciji troškova sustava zdravstva.

Uz članak 7.

Ovim člankom uređuje se da će se pravilnikom propisati način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite. Predložena novina, ima za cilj osigurati preduvjete za smanjenje lista čekanja za pojedine medicinske usluge, optimizirati te s tim u vezi bolje raspodijeliti raspoloživa sredstva za zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 8.

Ovim se člankom u djelatnosti na primarnoj razini zdravstvene zaštite dodaju i sestrinska savjetovališta i psihološka djelatnost.

Uz članak 9.

Ovim člankom uređuje se djelatnost sanitetskog prijevoza kao nova djelatnost zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba.

Uz članak 10.

Ovim člankom uređuje se obavljanje ljekarničke djelatnosti putem mobilnih ljekarni te uvjeti koje je potrebno ispuniti kako bi se donijelo rješenje o obavljanju ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni. Radi provedbe mjera iz Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021. - 2026., prijedlogom zakona uvode se odredbe o usluzi mobilne ljekarne u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima. Nadalje, uređuje se da na navedenim područjima ljekarničku djelatnost može obavljati dom zdravlja ili ljekarnička ustanova čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave koja ima rješenje za obavljanje ljekarničke djelatnosti i putem mobilnih ljekarni sukladno propisanim normativima i standardima, a što se utvrđuje rješenjem Ministarstva zdravstva.

Uz članak 11.

Ovim se člankom uređuje iznimka od važećih odredbi koje uređuju obavljanje djelatnosti telemedicine na način da se propisuje da doktor medicine specijalist s važećim odobrenjem za samostalni rad može pružati telemedicinske usluge uz suglasnost poslodavca i sukladno posebnom pravilniku.

Uz članke 12. do 15.

Ovim člancima se uređuje zdravstveni turizam te se uređuje pružanje zdravstvenih usluga, kao oblika medicinske usluge, lječilišne usluge i usluge medicinskog wellnesa. Prema navedenim člancima zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu mogu pružati zdravstvene ustanove, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnici, uz iznimku pružanja lječilišnih usluga koje mogu pružati samo lječilišta i specijalne bolnice, a zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu mogu se pružati samo izvan kapaciteta ugovorenih s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Ovim se člancima nadalje propisuje da Ministarstvo zdravstva rješenjem utvrđuje da zdravstvena ustanova, trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnik ispunjava normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu. Također se uređuje vođenje evidencije pravnih i fizičkih osoba koje pružaju zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu, kao i evidenciju turističkih ambulanti koju vodi Ministarstvo zdravstva putem Upisnika zdravstvenog turizma, a navedeni subjekti imaju pravo na korištenje zaštićenog znaka zdravstvenog turizma. U svrhu provođenja mjera zdravstvene zaštite za povećani broj korisnika zdravstvene zaštite jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb, jedinica lokalne samouprave, turistička zajednica, druga pravna i fizička osoba koja obavlja ugostiteljsku djelatnost i/ili pruža usluge u turizmu, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo

koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili privatni zdravstveni radnik mogu organizirati rad turističke ambulante koji se organizira izvan mreže javne zdravstvene službe.

Uz članak 16.

Ovim se člankom u cilju pojednostavljenja i ubrzanja dosadašnjeg postupanja predlaže da se umjesto predstavničkom tijelu jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba ovlast za davanje suglasnosti na preseljenje privatne prakse daje u nadležnost upravnom vijeću doma zdravlja.

Uz članak 17.

Ovim člankom uređuje se sudjelovanje zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe da u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjeluju u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite. Cilj predložene odredbe je u potpunosti osigurati primjenu načela dostupnosti zdravstvene zaštite i u iznimnim situacijama, na način da se omogućuje stanovništvu podjednaki uvjeti zdravstvene zaštite.

Uz članak 18.

Ovim se člankom uređuje da zdravstveni radnici u mreži javne zdravstvene službe privatnu praksu mogu obavljati najduže do navršenih 68 godina života.

Uz članak 19.

Ovim člankom propisuju se zdravstvene ustanove koje osniva Republika Hrvatska, te se uvodi novina da opću bolnicu osniva Republika Hrvatska. Također, iznimno specijalnoj bolnici koja je od značaja za Republiku Hrvatsku osnivač može biti Republika Hrvatska. Cilj takvoga rješenja je omogućiti osnivanje specijalne bolnice koja će pružati zdravstvenu zaštitu svim pacijentima na cijelom području Republike Hrvatske, a ne samo koja je od značaja na području jedinice lokalne ili područne (regionalne) samouprave.

Uz članak 20.

Ovim člankom dopunjuju se odredbe važećeg Zakona na način da se propisuje primjena zakona kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova na pitanja koja nisu uređena ovim Zakonom.

Uz članak 21.

Ovim člankom uređuje se sastav i način imenovanja upravnog vijeća zdravstvenih ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska te sastav i način imenovanja upravnog vijeća zdravstvenih ustanova čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb te se propisuju uvjeti koje članovi upravnog vijeća moraju ispunjavati.

Uz članak 22.

Ovim se člankom radi unaprjeđivanja postupka izvještavanja osnivača o poslovanju zdravstvene ustanove, dopunjuje važeća odredba o zadaćama upravnog vijeća zdravstvene ustanove na način da upravno vijeće ima zadaću podnositi osnivaču godišnje izvješće o svome radu.

Uz članak 23.

Ovim se člankom propisuju dodatni uvjeti koje moraju ispunjavati ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik, na način da moraju imati kompetencije iz područja upravljanja u zdravstvu, koje će unaprijediti upravljanje zdravstvenom ustanovom.

Uz članak 24.

Ovim se člankom uređuje pravo na plaću te ostala materijalna i druga prava iz radnog odnosa u skladu s aktima kojima se uređuju navedena prava u sustavu zdravstva za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelja zdravstvene ustanove kojoj je osnivač Republika Hrvatska ili jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, a u vezi s ostalim pravima i obvezama ravnatelja primjenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje sprječavanje sukoba interesa.

Uz članak 25.

Ovim se člankom uređuje iznimka od odredbe članka 85. stavka 5. ovoga Zakona prema kojoj ravnatelj zdravstvene ustanove imenuje upravno vijeće, na način da prema predloženoj odredbi ravnatelja opće bolnice čija su osnivačka prava ovim Zakonom prenesena na Republiku Hrvatsku imenuje i razrješuje upravno vijeće uz prethodno pribavljeno mišljenje izvršnog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba i uz suglasnost ministra.

Uz članak 26.

Ovim se člankom dopunjuju obveze izvještavanja Povjerenstva za lijekove zdravstvene ustanove na način da Povjerenstvo najmanje svaka tri mjeseca dostavlja upravnom vijeću i ravnatelju izvješće o potrošnji lijekova s liste posebno skupih lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i lijekova koji nisu utvrđeni listom lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Uz članak 27.

Ovim člankom se nomotehnički doraduje izričaj pravne norme.

Uz članak 28.

Ovim člankom se dopunjuje sadržaj statuta zdravstvene ustanove, kao osnovnog općeg akta zdravstvene ustanove.

Uz članak 29.

Ovim člankom uređuje se mogućnost osnivanja podružnica bolničkih zdravstvenih ustanova.

Uz članak 30.

Ovim se člankom uređuje da se na području jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba osniva jedan dom zdravlja. Zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite na pojedinim područjima te na otocima može se osnovati podružnica doma zdravlja.

Uz članak 31.

Ovim se člankom s ciljem jačanja uloge doma zdravlja u jedinicama područne (regionalne) samouprave i organizacije zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva, uređuje da dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalnog laboratorija, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, psihološke djelatnosti, radne terapije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti, dok može obavljati i zdravstvenu njegu u kući i fizikalnu terapiju u kući. Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake navedene djelatnosti sukladno odluci osnivača. Uređuje se da radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe. S ciljem jačanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite izvan bolničkih zdravstvenih ustanova bolnica i unutar domova zdravlja, dopunjuju se važeće odredbe na način da dom zdravlja mora osigurati provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite sukladno mreži javne zdravstvene službe zapošljavanjem ili sklapanjem ugovora o funkcionalnoj integraciji doma zdravlja s bolničkom ustanovom. Pored navedenoga, dom zdravlja može ustrojiti i dispanzerske djelatnosti prema potrebama stanovnika na području doma zdravlja, a u istima se provode sveobuhvatne mjere zdravstvene zaštite u zajednici koje uključuju prevenciju, liječenje, socijalno-medicinsku skrb te skrb za specifične potrebe pružanja zdravstvene zaštite stanovnika na određenom području. Nadalje, uređuje se mogućnost da dom zdravlja organizira, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, radne jedinice za obavljanje pojedinih specijalističkih djelatnosti, ako to zahtijevaju posebne potrebe s obzirom na zdravstveno stanje stanovništva i kada bi pružanje zdravstvene zaštite u poliklinici ili bolnici otežavalo provođenje te zaštite. Također dom zdravlja, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, osigurava koordinatora palijativne skrbi koji povezuje i koordinira radom mobilnog palijativnog tima i svih drugih dionika palijativne skrbi u jedinici područne (regionalne) samouprave, odnosno Gradu Zagrebu - bolničke zdravstvene ustanove, ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala, volonteri. Na područjima sa specifičnim potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe u domu zdravlja mogu se organizirati i rodilište te stacionar za dijagnostiku i liječenje. Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima obavljati zdravstvenu djelatnost i u vozilu koje ispunjava propisane normative i standarde. Također, uređuje se da dom zdravlja može organizirati radnu jedinicu za sestrinska savjetovališta za kronične bolesti, kao i ostvariti suradnju s ustanovama socijalne skrbi u cilju pružanja integrirane skrbi.

Uz članak 32.

Ovim se člankom uređuje da sanitetski prijevoz mogu obavljati i druge zdravstvene ustanove sukladno pravilniku kojim se uređuje organizacija i način obavljanja hitne medicine i sanitetskog prijevoza.

Uz članak 33.

Ovim člankom briše se važeća odredba o ovlasti ministra zdravstva da organizaciju i način obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza propiše pravilnikom jer se isto uređuje posebnim pravilnikom kojim se uređuje djelatnosti hitne medicine i sanitetski prijevoz.

Uz članak 34.

Ovim se člankom mijenja odredba važećeg Zakona u vezi s ovlasti ministra pravosuđa da, uz prethodnu suglasnost ministra zdravstva, propiše normative i standarde u pogledu prostora, opreme i djelatnika u Zatvorskoj bolnici u Zagrebu, ali i u odjelima zdravstvene zaštite kaznionica i zatvora, uvažavajući preporuku Pučkog pravobranitelja Republike Hrvatske.

Uz članak 35.

Ovim člankom uređuje se da opća bolnica obavlja najmanje djelatnosti kirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i porodiljstva te hitne medicine i ima posteljne, dijagnostičke i druge mogućnosti prilagođene svojoj namjeni. Nadalje uređuje se mogućnost obavljanja zdravstvene zaštite u pojedinim djelatnostima u dnevnoj bolnici umjesto osiguravanja posteljnih kapaciteta.

Uz članak 36.

Ovim člankom uređuje se organizacija centara izvrsnosti, osnivanje kojih više neće biti ograničeno samo na kliničke ustanove za pojedine bolesti ili dijagnostičke i terapijske postupke. Mogućnost osnivanja centara izvrsnosti proširuje se na sve bolničke zdravstvene ustanove, a o dodjeli i obnovi naziva centra izvrsnosti Ministarstvo zdravstva donosi rješenje uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva Hrvatskog liječničkog zbora ili drugog odgovarajućeg društva, dok je ministar zdravstva ovlašten pravilnikom detaljnije propisati mjerila za dodjelu i obnovu naziva centra izvrsnosti.

Uz članak 37.

Ovim člankom izričajno se uređuje odredba kojom se definira lječilište.

Uz članak 38.

Ovim člankom briše se odredba da se u kliničkim ustanovama mogu organizirati centri izvrsnosti specijalizirani za pojedine bolesti ili dijagnostičke i terapijske postupke te odredba da pravilnikom ministar propisuje mjerila za dodjelu i obnovu naziva navedenih centara, s obzirom na to da osnivanje centara izvrsnosti više neće biti ograničeno samo na kliničke ustanove za pojedine bolesti ili dijagnostičke i terapijske postupke, već se mogućnost osnivanja centara izvrsnosti proširuje na sve bolničke zdravstvene ustanove.

Uz članak 39.

Ovim se člankom uređuje da medicinski fakultet može u skladu s posebnim zakonom kojim se uređuje područje visokog obrazovanja osnovati unutarnje organizacijske cjeline u kojima se može obavljati zdravstvena djelatnost za potrebe zdravstvene zaštite studenata na primarnoj i specijalističko-konzilijarnoj razini. Cilj je predloženih izmjena osigurati potpunu primjenu načela sveobuhvatnosti, kontinuiranosti i dostupnosti zdravstvene zaštite u odnosu na neophodnost pružanja zdravstvene zaštite studentima koji studiraju izvan mjesta prebivališta.

Uz članak 40.

Ovim člankom propisuje se da državni zdravstveni zavodi, za obavljanje stručnih i znanstvenih djelatnosti iz okvira prava i dužnosti Republike Hrvatske, uz postojeće djelatnosti, na području javnozdravstvene djelatnosti, obavljaju i djelatnost sanitetskog prijevoza. Također, propisuje se da zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba uz obavljanje poslova iz okvira prava i dužnosti jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba na području hitne medicine, obavljaju i poslove sanitetskog prijevoza.

Uz članak 41.

Ovim člankom uređuju se poslovi koje obavlja Hrvatski zavod za javno zdravstvo, u obavljanju stručne i znanstvene djelatnosti na području toksikologije i antidopinga. Predloženim člankom se uvažavajući Svjetski antidopinški kodeks i međunarodne standarde Svjetske antidopinške agencije te međunarodne konvencije za borbu protiv dopinga, uređuju odredbe o antidopingu, kao jednoj od djelatnosti iz nadležnosti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Uz članak 42.

Ovim člankom uvodi se novina, temeljem iskustva Republike Hrvatske u vrijeme pandemije, odnosno epidemije bolesti COVID-19, u vezi s koordinativnom ulogom Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u slučaju nastupanja posebnih okolnosti koje podrazumijevaju događaj ili određeno stanje koje se nije moglo predvidjeti i na koje se nije moglo utjecati, a koje ugrožava život i zdravlje građana, uslijed kojih je potrebno brzo i učinkovito poduzimanje aktivnosti iz nadležnosti zavoda za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, Hrvatski zavod za javno zdravstvo odlukom ministra preuzima ulogu koordiniranja i rukovođenja svim zavodima za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, koji su obvezni postupati po naredbama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. U slučaju nastupanja spomenutih okolnosti Hrvatski zavod za javno zdravstvo ovlašten je koordinirati i rukovoditi organizacijom i obavljanjem poslova zavoda za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba dok te okolnosti traju.

Uz članak 43.

Ovim se člankom uređuju poslovi medicine rada/medicine rada i sporta u zavodima za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba. Također, uređuje se da je zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba u obavljanju poslova, obvezan postupati sukladno donesenim nacionalnim preventivnim programima i smjernicama Ministarstva, odnosno Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za njihovu provedbu.

Uz članak 44.

Ovim člankom redefinišu se odredbe o Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu s ciljem unaprjeđenja sustava hitne medicinske pomoći i osiguravanja podizanja potrebnih kompetencija. S obzirom na to da je djelatnosti hitne medicine dodan i sanitetski prijevoz, ovim člankom ovlašćuje se ministar zdravstva donijeti Mrežu hitne medicine i sanitetskih prijevoza na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu odlukom, uz prethodno pribavljeno mišljenje

predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba kao i pravilnikom urediti organizaciju i način obavljanja hitne medicine i sanitetskog prijevoza, na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. Riječ je o dvije novine u odnosu na sanitetski prijevoz koji se prema važećem Zakonu obavlja na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti u sklopu doma zdravlja, dok dosadašnja mreža hitne medicine, prema predloženom zakonu sada uključuje i sanitetski prijevoz. Cilj predloženih odredbi je poboljšati organizaciju aktivnosti hitne medicine i obavljanje operativnih poslova na cijelom području Republike Hrvatske, posebno kroz ovlast Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu da općim aktima ujednači standarde u djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza, unificira raspored i standard hitne medicinske službe tijekom turističke sezone i donese ujednačene standarde za organizaciju rada hitne medicinske službe u izvanrednim prilikama, velikim nesrećama i katastrofama.

Uz članak 45.

Ovim člankom propisuje se da standarde za provođenje programa javno dostupne rane defibrilacije na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar te da standarde i normative u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza na svim razinama zdravstvene djelatnosti na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.

Uz članak 46.

Ovim člankom utvrđuju se poslovi Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, uz poslove iz članaka 138. i 139. ovoga Zakona, uključujući novine radi unaprjeđenja rada i postupanja hitne medicinske službe. Hrvatski zavod za hitnu medicinu ovlašten je općim aktom utvrditi raspored i područje djelovanja timova hitne medicinske službe na području Republike Hrvatske i opremljenost zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba sukladno standardima i normativima te o tome jednom godišnje obavijestiti osnivače zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba. Nadalje, Hrvatski zavod za hitnu medicinu može provoditi postupke zajedničke nabave opreme za potrebe zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba sukladno propisu kojim se uređuje javna nabava, donosi opće akte o provedbi standardnih operativnih postupaka, protokola rada i algoritama postupanja u djelatnosti hitne medicine, kao i opće akte o provedbi utvrđenih standarda opreme, vozila te vizualnog identiteta vozila i zdravstvenih radnika.

Uz članak 47.

Ovim člankom redefiniraju se poslovi zavoda za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba. Zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba provodi mjere hitne medicine na području jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba, a za osiguranje pravovremene i dostupne hitne medicine sukladno općem aktu Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu provodi mjere hitne medicine na području jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba s kojima teritorijalno graniči, odnosno na području cijele Republike Hrvatske, vodi propisanu dokumentaciju i izvješća te ih s podacima o svom radu i poslovanju dostavlja Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu.

Uz članak 48.

Ovim se člankom uređuje da zdravstveni radnici koji su u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb i jedinica lokalne samouprave u mreži javne zdravstvene službe mogu nastaviti raditi do navršenih 68 godina života uz prethodnu suglasnost poslodavca, a nakon toga mogu nastaviti raditi i nakon navršenih 68 godina života uz prethodnu suglasnost poslodavca i ministra.

Uz članak 49.

Ovim se člankom uređuje da zdravstveni radnik za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelja, zamjenika ravnatelja, pomoćnika ravnatelja zdravstvene ustanove, predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave ne može biti osnivač zdravstvene ustanove ili trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost u zdravstvenoj djelatnosti u kojoj je zaposlen, odnosno u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zaposlen. Predložene izmjene imaju za cilj na bolji način urediti obavljanje poslova iz djelatnosti poslodavca temeljem odobrenja poslodavca u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zdravstveni radnik zaposlen. Navedena mjera ima za cilj i unaprijediti upravljanje na svim razinama zdravstvene zaštite. Sva radna mjesta navedena u ovom članku odnose se na reizborna radna mjesta gdje je potrebno da su te osobe za vrijeme svoga mandata usmjerene na obavljanje te odgovorne dužnosti.

Uz članak 50.

Ovim člankom se utvrđuju dodatni uvjet za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca za svoj račun, za predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove. Naime riječ je o osobama koje su zaposlene u punom radnom vremenu na položajnim radnim mjestima koje su kao rukovoditelji zadužene za koordinaciju i upravljanje u ustrojstvenim jedinicama na čijem su čelu, što je i njihova primarna funkcija, čime se ujedno izbjegava mogući sukob interesa u vezi s obavljanjem poslova iz djelatnosti poslodavca za svoj račun.

Uz članak 51.

Ovim se člankom uvodi novina tj. mogućnost ministra zdravstva da u slučaju poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka, zatraži od ravnatelja uskratu i opoziv danih odobrenja obavljanje posla iz zdravstvene djelatnosti poslodavca dok te okolnosti traju.

Uz članak 52.

Ovim se člankom propisuje donošenje posebnog programa mjera za uključivanje doktora medicine bez specijalizacije u sustav rada. Program mjera sadrži mjere za osnaživanje i usavršavanje doktora medicine bez specijalizacije kojima je izdano odobrenje za samostalni rad.

Uz članak 53.

Ovim se člankom uvodi mogućnost da ministar godišnjim planom odobri dodatni broj potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koje nisu obuhvaćene Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja ako te specijalizacije nije bilo moguće iz objektivnih razloga planirati u Nacionalnom planu specijalističkog usavršavanja.

Uz članak 54.

Ovim se člankom uređuje donošenje pravilnika kojima će se urediti standardi i način prijama specijalizanata kao i način polaganja specijalističkog ispita, odnosno ispita iz uže specijalizacije.

Uz članak 55.

Ovim se člankom propisuje imenovanje ispitne komisije, na način da se dosadašnji model da članove ispitne komisije imenuje ministar zdravstva, iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti mijenja te se daje ovlast Ministarstvu zdravstva da odredi te članove ispitne komisije iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti s liste ispitivača koju donosi ministar zdravstva.

Uz članak 56.

Ovim člankom uvodi se novina kojom se uređuje priznavanje položenog specijalističkog ispita pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS).

Uz članak 57.

Ovim člankom uređuju se poslovi s posebnim uvjetima rada, na način da se propisuje da se na poslovima na kojima ni uz primjenu mjera zaštite na radu nije moguće zaštititi radnika od štetnog utjecaja, radno vrijeme skraćuje se razmjerno štetnom utjecaju uvjeta rada na zdravlje i sposobnost radnika. Riječ je o poslovima s otvorenim izvorima ionizirajućeg zračenja, pripreme antineoplastičnih lijekova, intravenozna aplikacija antineoplastičnih lijekova pod uvjetom da se obavljaju 2/3 radnog vremena za koje se utvrđuje opseg skraćenoga radnog vremena na 35 sati tjedno.

Uz članke 58. i 59.

Ovim se člancima cjelovito mijenjaju prekršajne odredbe uzimajući u obzir Zakon o uvođenju eura kao službene valute u Republici Hrvatskoj („Narodnim novinama“, broj 57/22.). Navedenim člancima sadržane su i nove prekršajne odredbe kojima se kao posljedica izmjena ili dopuna važećih odredbi revidiraju prekršajne odredbe u odnosu na obavljanje ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni, pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu, rad turističke ambulante, korištenje zaštićenog znaka zdravstvenog turizma, ne odazivanje zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe pozivu nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja, ne sudjelovanje u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite. Isto tako, uređuje se prekršajna odredba vezana uz ljekovitost prirodnih ljekovitih činitelja.

Uz članak 60.

Ovim člankom izričajno se doručuje Zakon.

Uz članke 61. do 80.

Ovi članci sadrže prijelazne i završne odredbe.

Uz članak 81.

Ovim člankom određuje se dan stupanja na snagu ovoga Zakona.

**TEKST ODREDBI VAŽEĆEG ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU,
ODNOSNO DOPUNJUJU**

Članak 11.

(1) Jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb ostvaruje svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite tako da:

- osigurava popunjavanje mreže javne zdravstvene službe u suradnji s jedinicama lokalne samouprave na svom području
- organizira rad ustanova čiji je osnivač
- koordinira i organizira rad svih pravnih i fizičkih osoba koje na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba obavljaju zdravstvenu djelatnost
- sukladno Planu zdravstvene zaštite donosi plan zdravstvene zaštite za područje jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- za područje jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba donosi jednogodišnje i trogodišnje planove promicanja zdravlja, prevencije te ranog otkrivanja bolesti
- organizira i provodi javnozdravstvene mjere sukladno planovima iz podstavaka 4. i 5. ovoga stavka
- organizira provedbu postupaka objedinjene javne nabave za zdravstvene ustanove čiji je osnivač
- u suradnji s ministarstvom nadležnim za zdravstvo (u daljnjem tekstu: Ministarstvo) i Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) osigurava provođenje specifičnih mjera te pružanje zdravstvene zaštite na otocima, rijetko naseljenim i nerazvijenim područjima.

(2) U ostvarivanju svojih prava, obveza, zadaća i ciljeva na području zdravstvene zaštite jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb osigurava sredstva za:

- provođenje javnozdravstvene, epidemiološke i zdravstvenoekološke djelatnosti te prevenciju bolesti na svom području
- provođenje mjera zdravstvene ekologije, i to: ispitivanje hrane i predmeta opće uporabe, ispitivanje vode za ljudsku potrošnju, ispitivanje štetnih utjecaja onečišćenja zraka na zdravlje ljudi, ispitivanje buke i ispitivanje onečišćenja tla te voda namijenjenih kupanju i rekreaciji, od interesa za jedinicu područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb sukladno programu mjera iz članka 7. stavka 3. ovoga Zakona
- hitnu medicinu na svojem području, ako to ne osigurava Republika Hrvatska
- organizaciju i rad mrtvozorničke službe.

(3) Jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb i jedinice lokalne samouprave osiguravaju sredstva za investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova – prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava te za informatizaciju zdravstvene djelatnosti, sukladno planu i programu mjera zdravstvene zaštite i mreži javne zdravstvene službe, kao i za pokriće gubitaka zdravstvenih ustanova čiji su osnivač.

(4) Odluku o mjerilima za osiguranje elemenata standarda za investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje te za informatizaciju zdravstvene djelatnosti iz stavka 3. ovoga članka, koja će biti temelj za planiranje potpora iz državnog proračuna Republike Hrvatske, jednom godišnje donosi Vlada Republike Hrvatske.

(5) Jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb i jedinica lokalne samouprave može osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu stanovnika na svom području iznad standarda utvrđenih obveznim zdravstvenim osiguranjem.

(6) Ugovorom između jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, jedinice lokalne samouprave, turističke zajednice i zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili privatnoga zdravstvenog radnika uređuje se organiziranje i financiranje provođenja mjera zdravstvene zaštite za povećani broj korisnika zdravstvene zaštite koje se pružaju turistima.

(7) Na području na kojem je zbog tranzita i/ili boravka turista povećan broj korisnika zdravstvene zaštite jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb u suradnji s jedinicama lokalne samouprave obvezan je s ministarstvom nadležnim za turizam i turističkim zajednicama, upraviteljima prometnica u Republici Hrvatskoj, Hrvatskim autoklubom, Hrvatskim ronilačkim savezom i društvima za osiguranje osigurati povećani broj timova hitne medicinske službe na svojem području u odnosu na broj timova određenih mrežom hitne medicine.

(8) Organizatori javnih priredbi i drugih oblika okupljanja obvezni su s obzirom na očekivani broj sudionika ili narav okupljanja osigurati prisutnost tima/timova hitne medicinske službe tijekom održavanja okupljanja te snositi troškove organizacije hitne medicinske službe.

(9) Ugovorom između pravne ili fizičke osobe koja obavlja turističku djelatnost i zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnog zdravstvenog radnika uređuje se organiziranje i financiranje provođenja mjera zdravstvene zaštite koje se pružaju turistima.

Članak 12.

(1) Radi ostvarivanja prava, obveza, zadaća i ciljeva na području zdravstvene zaštite na svom području jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb osniva Savjet za zdravlje.

(2) Broj članova Savjeta za zdravlje i druga pitanja od važnosti za rad Savjeta određuju se statutom jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, pri čemu treba osigurati sudjelovanje predstavnika jedinica lokalne samouprave, komora u zdravstvu, strukovnih udruženja, udruga za zaštitu prava pacijenata te sindikata i poslodavaca u zdravstvu kao članova Savjeta.

(3) Radi ostvarivanja zadaća iz stavka 2. ovoga članka Savjet za zdravlje daje mišljenje na prijedlog plana zdravstvene zaštite za područje jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba te predlaže mjere za ostvarivanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite u jedinici područne (regionalne) samouprave odnosno Gradu Zagrebu.

Članak 13.

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti te na načelima supsidijarnosti i funkcionalne integracije.

Članak 20.

Načelo funkcionalne integracije osigurava suradnju zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti, uz restrukturiranje na osnovi zajedničkog razvoja, unaprjeđenja i usklađivanja procesa upravljanja, dijagnostičko-terapijskih postupaka, dobre kliničke prakse, kao i svih drugih oblika operativnih metodologija usmjerenih prema boljoj kvaliteti zdravstvenih usluga, ishoda liječenja te povećanoj djelotvornosti i dugoročnoj racionalizaciji troškova sustava zdravstva.

Članak 22.

(1) Mjere zdravstvene zaštite provode se na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje na prijedlog državnih zdravstvenih zavoda odlukom donosi ministar, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora i Hrvatskog liječničkog zbora.

(2) Ako tijelo iz stavka 1. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 1. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.

Članak 30.

(1) Zdravstvena zaštita na primarnoj razini obuhvaća:

- praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unaprjeđenje zdravlja stanovnika
- sprječavanje bolesti i otkrivanje bolesti, dijagnostiku, liječenje, zdravstvenu njegu i rehabilitaciju
- preventivnu i specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te visokim učilištima na svom području
- zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina
- zdravstvenu zaštitu hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata
- zdravstvenu zaštitu žena
- zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom
- preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika u skladu s programima preventivne zdravstvene zaštite i organiziranjem obveznih preventivnih pregleda
- savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja radi njegova očuvanja i unaprjeđenja
- higijensko-epidemiološku zaštitu
- sanitarnu zaštitu
- sprječavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom
- zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju
- radnu terapiju

- patronažne posjete
- zdravstvenu njegu u kući
- medicinu rada / medicinu rada i sporta
- hitnu medicinu
- palijativnu skrb
- zaštitu mentalnoga zdravlja, izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti
- opskrbu lijekovima, medicinskim proizvodima i magistralnim/galenskim pripravcima
- sanitetski prijevoz
- telemedicinu
- zdravstvenu ekologiju.

(2) Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti:

- obiteljske (opće) medicine
- zdravstvene zaštite predškolske djece
- školske i adolescente medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
- javnog zdravstva
- zdravstvene zaštite žena
- dentalne zdravstvene zaštite
- dentalnih laboratorija
- higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite
- medicine rada / medicine rada i sporta
- zaštite mentalnoga zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti
- logopedije
- patronažne zdravstvene zaštite
- zdravstvene njege u kući
- primaljske skrbi
- fizikalne terapije
- radne terapije
- hitne medicine
- sanitetskog prijevoza
- palijativne skrbi
- ljekarništva
- radiološke dijagnostike
- laboratorijske dijagnostike
- telemedicine
- zdravstvene ekologije
- sanitarnog inženjerstva.

Članak 36.

(1) Djelatnost zdravstvenih zavoda dio je zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti, a obuhvaća javnozdravstvenu djelatnost, djelatnost transfuzijske medicine, djelatnost medicine rada / medicine rada i sporta, djelatnost toksikologije i antidopinga, djelatnost hitne medicine te djelatnost telemedicine.

(2) Zdravstvena djelatnost na razini državnih zdravstvenih zavoda obuhvaća javnozdravstvenu djelatnost, djelatnost transfuzijske medicine, djelatnost medicine rada / medicine rada i sporta, djelatnost toksikologije i antidopinga, djelatnost hitne medicine te djelatnost telemedicine.

(3) Zdravstvena djelatnost na razni državnih zdravstvenih zavoda obuhvaća znanstveni rad, izvođenje nastave na temelju ugovora za potrebe nastavnih ustanova zdravstvenog usmjerenja te druge djelatnosti koje su u funkciji obavljanja osnovne djelatnosti.

(4) Zdravstvena djelatnost na razini zdravstvenih zavoda jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba obuhvaća javnozdravstvenu djelatnost i djelatnost hitne medicine.

(5) Zdravstvena djelatnost na razini zdravstvenih zavoda jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba može obuhvaćati i znanstveni rad, izvođenje nastave na temelju ugovora za potrebe nastavnih ustanova zdravstvenog usmjerenja te druge djelatnosti koje su u funkciji obavljanja osnovne djelatnosti.

(6) Sukladno odluci osnivača zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba zdravstvena djelatnost na razini tih zdravstvenih zavoda može obuhvaćati i sanitetski prijevoz.

(7) Djelatnost hitne medicine, sukladno odluci osnivača, organizira se na temelju sklopljenog ugovora o funkcionalnoj integraciji koji sklapaju zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, bolnička zdravstvena ustanova koja ima objedinjeni hitni bolnički prijam i dom zdravlja.

Članak 37.

(1) Ljekarnička djelatnost je dio zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, a obuhvaća opskrbu stanovništva lijekovima i medicinskim proizvodima te magistralnim/galenskim pripravcima te ljekarničku skrb u skladu s posebnim zakonom kojim se uređuje ljekarništvo.

(2) Ljekarnička djelatnost u ljekarnama obavlja se samo u sklopu mreže javne zdravstvene službe.

(3) Iznimno od odredbe stavka 2. ovoga članka, dio ljekarničke djelatnosti koji se odnosi na galenske laboratorije i laboratorije za provjeru kakvoće galenskih pripravaka i identifikaciju ljekovitih tvari obavlja se izvan mreže javne zdravstvene službe.

Članak 39.

(1) Zdravstveni turizam jest pružanje zdravstvenih usluga – dijagnostičkih i terapijskih postupaka, zdravstvene njege te postupaka medicinske rehabilitacije uz pružanje ugostiteljskih usluga i/ili usluga u turizmu.

(2) Pojedine oblike zdravstvenih usluga koje se pružaju u djelatnosti zdravstvenog turizma te standarde i normative za njihovo obavljanje, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za turizam, pravilnikom propisuje ministar.

Članak 40.

(1) Zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu mogu pružati zdravstvene ustanove, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti i privatni zdravstveni radnici.

(2) Zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici mogu pružati zdravstvene usluge u zdravstvenom turizmu samo izvan kapaciteta ugovorenih sa Zavodom.

(3) Pravne i fizičke osobe iz stavka 1. ovoga članka mogu i:

- pružati usluge u turizmu sukladno propisima kojima se uređuje pružanje usluga u turizmu
- obavljati ugostiteljsku djelatnost sukladno propisima kojima se uređuje obavljanje ugostiteljske djelatnosti.

Članak 51.

(1) Zahtjev za odobrenje obavljanja privatne prakse u ordinaciji u novom prostoru zdravstveni radnik podnosi Ministarstvu.

(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.

(3) Ministarstvo donosi rješenje kojim utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti za obavljanje privatne prakse u ordinaciji u novom prostoru s obzirom na prostor, radnike i medicinsko-tehničku opremu te kojim se utvrđuje dan kojim će zdravstveni radnik započeti obavljati privatnu praksu u tom prostoru.

(4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 3. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(5) Protiv rješenja iz stavka 3. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.

Članak 64.

Zdravstveni radnici privatne prakse obvezni su:

1. pružati hitnu medicinsku pomoć svim osobama u okviru svoje kvalifikacije stečene obrazovanjem
2. sudjelovati na poziv nadležnog tijela u radu na sprječavanju i suzbijanju zaraznih bolesti, kao i na zaštiti i spašavanju stanovništva u slučaju katastrofe
3. voditi medicinsku dokumentaciju i drugu evidenciju o osobama kojima pružaju zdravstvenu zaštitu i podnositi izvješće o tome nadležnoj zdravstvenoj ustanovi u skladu sa zakonom kojim se uređuje područje podataka i informacija u zdravstvu
4. davati podatke o svojem radu na zahtjev nadležnog tijela.

Članak 67.

(1) Pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje ako osoba koja ima odobrenje za rad:

1. umre
2. izgubi trajno radnu sposobnost za obavljanje poslova
3. izgubi poslovnu sposobnost potpuno ili djelomično
4. izgubi odobrenje za samostalan rad
5. zasnuje radni odnos odnosno počne obavljati drugu samostalnu djelatnost, osim u slučaju obustave rada iz članka 65. ovoga Zakona
6. izgubi pravo raspolaganja prostorom odnosno odgovarajućom medicinsko-tehničkom opremom
7. bude pravomoćnom sudskom presudom osuđena na kaznu zatvora dulje od šest mjeseci ili joj je izrečena sigurnosna mjera zabrane obavljanja zdravstvene djelatnosti
8. bude pravomoćnom sudskom presudom osuđena za neko od kaznenih djela iz glave XVI. Kaznenog zakona (»Narodne novine«, br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. i 101/17.) – Kaznena djela protiv spolne slobode i glave XVII. Kaznenog zakona – Kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta.

(2) Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života.

(3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka, u slučaju ugroženosti pružanja zdravstvene zaštite ministar može zdravstvenim radnicima uz prethodno pribavljeno mišljenje župana odnosno gradonačelnika Grada Zagreba odobriti produljenje obavljanja privatne prakse do navršenih 70 godina života.

(4) Rješenje o prestanku obavljanja privatne prakse po sili zakona donosi Ministarstvo.

(5) Protiv rješenja iz stavka 4. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.

Članak 70.

(1) Državni zdravstveni zavod, kliniku kao samostalnu ustanovu, kliničku bolnicu i klinički bolnički centar osniva Republika Hrvatska.

(2) Opću bolnicu osniva jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.

(3) Specijalnu bolnicu može osnovati jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb, jedinica lokalne samouprave te druga pravna osoba te fizička osoba.

(4) Dom zdravlja, zavod za hitnu medicinu i zavod za javno zdravstvo osniva jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.

(5) Polikliniku, lječilište, ustanovu za zdravstvenu njegu, ustanovu za palijativnu skrb i ljekarničku ustanovu mogu osnovati jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb te druga pravna i fizička osoba.

(6) Ustanovu za zdravstvenu skrb mogu osnovati fizičke osobe sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem zdravstvenog usmjerenja.

(7) U sastavu Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske djeluje Vojno zdravstveno središte Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske sa statusom vojne zdravstvene ustanove i obavlja zdravstvenu djelatnost pružanja zdravstvene zaštite djelatnicima Ministarstva obrane i pripadnicima Oružanih snaga Republike Hrvatske sukladno općem aktu koji donosi Zavod uz prethodnu suglasnost ministra.

(8) Iznimno od stavka 7. ovoga članka, Vojno zdravstveno središte Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske može, sukladno općem aktu koji donosi Zavod uz prethodnu suglasnost ministra, pružati zdravstvenu zaštitu osiguranim osobama Zavoda koji nisu djelatnici Ministarstva obrane i pripadnici Oružanih snaga Republike Hrvatske.

(9) U sastavu Ministarstva pravosuđa djeluje zatvorska bolnica u Zagrebu sa statusom zdravstvene ustanove koja obavlja zdravstvenu djelatnost pružanja zdravstvene zaštite osoba lišenih slobode u nadležnosti Ministarstva pravosuđa.

(10) U sastavu Ministarstva pravosuđa djeluju odjeli zdravstvene zaštite kaznionica i zatvora koji pružaju zdravstvenu zaštitu osobama lišenim slobode sukladno općem aktu koji donosi Zavod uz prethodnu suglasnost ministra.

Članak 83.

(1) Upravno vijeće upravlja zdravstvenom ustanovom.

(2) Upravno vijeće zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska ima pet članova i čine ga predstavnici:

- osnivača (predsjednik i dva člana)
- radnika ustanove (dva člana).

(3) Upravno vijeće zdravstvene ustanove čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb te jedinica lokalne samouprave ima pet članova i čine ga predstavnici:

- osnivača (predsjednik i dva člana)
- radnika ustanove (dva člana).

(4) Iznimno od stavka 3. ovoga članka, upravno vijeće bolničke zdravstvene ustanove čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb ima sedam članova i čine ga predstavnici:

- osnivača (predsjednik i tri člana)
- Republike Hrvatske (jedan član)
- radnika ustanove (dva člana).

(5) Članove upravnog vijeća iz stavka 2. podstavka 1. ovoga članka imenuje osnivač na prijedlog ministra, članove upravnog vijeća iz stavka 3. podstavka 1. ovoga članka imenuje osnivač na prijedlog pročelnika upravnog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba nadležnog za zdravstvo, a člana upravnog vijeća iz stavka 4. podstavka 2. ovoga članka imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra.

(6) Jednog člana upravnog vijeća iz stavka 2. podstavka 2. i stavka 3. podstavka 2. ovoga članka imenuje radničko vijeće zdravstvene ustanove, a jednog člana stručno vijeće zdravstvene ustanove iz redova radnika ustanove sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili integriranim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili specijalističkim diplomskim studijem.

(7) Članovi upravnog vijeća moraju imati završen preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili specijalistički diplomski studij.

(8) Uvjet iz stavka 7. ovoga članka ne odnosi se na člana upravnog vijeća kojeg imenuje radničko vijeće zdravstvene ustanove.

(9) Mandat članova upravnog vijeća traje četiri godine.

(10) Visinu naknade za rad članova upravnog vijeća odlukom utvrđuje ministar, a isplaćuje se iz sredstava zdravstvene ustanove.

Članak 84.

(1) Upravno vijeće zdravstvene ustanove:

- donosi statut uz suglasnost osnivača
- donosi druge opće akte
- donosi program rada i razvoja
- nadzire izvršenje programa rada i razvoja zdravstvene ustanove
- donosi financijski plan i završni račun
- analizira financijsko poslovanje zdravstvene ustanove najmanje jedanput mjesečno
- u slučaju gubitka u poslovanju zdravstvene ustanove bez odgađanja obavještava osnivača
- predlaže osnivaču promjenu ili proširenje djelatnosti
- donosi odluke u drugom stupnju u predmetima u kojima se odlučuje o pojedinim pravima radnika
- raspravlja i odlučuje o izvješćima ravnatelja najmanje svaka tri mjeseca
- obavlja i druge statutom propisane poslove.

(2) Iznimno od odredbe stavka 1. postavka 1. ovoga članka, statut zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska donosi upravno vijeće uz prethodnu suglasnost ministra.

(3) Upravno vijeće donosi odluke natpolovičnom većinom ukupnog broja članova.

Članak 85.

(1) Ravnatelj organizira i vodi poslovanje, predstavlja i zastupa zdravstvenu ustanovu i odgovoran je za zakonitost rada.

(2) Ravnatelj zdravstvene ustanove ima zamjenika, a može imati pomoćnika za pravne poslove, pomoćnika za financijsko poslovanje, pomoćnika za sestринство – glavnu sestru zdravstvene ustanove te pomoćnika za kvalitetu sukladno zakonu kojim se uređuje kvaliteta zdravstvene zaštite.

(3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka, ravnatelj zdravstvene ustanove, uz prethodnu suglasnost ministra, može imenovati pomoćnika za određeno područje obavljanja stručne i znanstvene djelatnosti te ustanove.

(4) Ravnatelj zdravstvene ustanove imenuje se na temelju natječaja.

(5) Ravnatelja zdravstvene ustanove imenuje i razrješuje upravno vijeće.

(6) Za ravnatelja zdravstvene ustanove može se imenovati osoba sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili integriranim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem te s najmanje pet godina radnog iskustva u struci koja ispunjava i druge uvjete propisane aktom o osnivanju odnosno statutom.

(7) Ako ravnatelj zdravstvene ustanove nema završen preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij zdravstvenog usmjerenja, njegov zamjenik mora biti osoba sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili integriranim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem zdravstvenog usmjerenja s najmanje pet godina radnog iskustva.

(8) Zamjenika ravnatelja na razdoblje od četiri godine imenuje i razrješuje upravno vijeće zdravstvene ustanove na prijedlog ravnatelja.

(9) Mandat ravnatelja traje četiri godine.

(10) Po isteku mandata iz stavka 9. ovoga članka ista osoba može, na temelju natječaja ponovno biti imenovana za ravnatelja.

Članak 96.

(1) Povjerenstvo za lijekove zdravstvene ustanove (u daljnjem tekstu: Povjerenstvo za lijekove) jest tijelo koje osigurava provedbu svih aktivnosti vezanih uz primjenu lijekova i medicinskih proizvoda u zdravstvenoj ustanovi.

(2) Povjerenstvo za lijekove imenuje upravno vijeće i čini ga najmanje pet članova koji se imenuju iz redova specijalista medicine, dentalne medicine ili farmacije.

(3) Sastav i broj članova Povjerenstva za lijekove sukladno odredbi stavka 2. ovoga članka uređuje se statutom zdravstvene ustanove.

(4) Povjerenstvo za lijekove donosi poslovnik o svome radu.

(5) Povjerenstvo za lijekove:

- prati ispitivanja lijekova i medicinskih proizvoda u zdravstvenoj ustanovi

- dostavlja upravnom vijeću i ravnatelju zdravstvene ustanove godišnje financijsko izvješće o kliničkim ispitivanjima lijekova i medicinskih proizvoda koja se provode u zdravstvenoj ustanovi
- koordinira aktivnosti vezano uz prijave nuspojava lijekova i medicinskih proizvoda nadležnom tijelu
- procjenjuje opravdanost korištenja lijekova s liste posebno skupih lijekova Zavoda, sukladno smjernicama Zavoda, a na prijedlog doktora medicine specijalista
- dostavlja upravnom vijeću i ravnatelju zdravstvene ustanove tromjesečno financijsko izvješće o potrošnji lijekova s liste posebno skupih lijekova Zavoda
- procjenjuje opravdanost korištenja lijekova koji nisu utvrđeni listom lijekova Zavoda ili kada osigurana osoba Zavoda ne ispunjava smjernice za primjenu lijeka utvrđene listom lijekova Zavoda u okviru indikacija odobrenih registracijskim statusom lijeka u Republici Hrvatskoj te odobrava njihovu primjenu na prijedlog doktora medicine specijalista
- prati rezistenciju antimikrobnih lijekova u zdravstvenoj ustanovi i donosi smjernice za primjenu rezervnih antibiotika
- prati potrošnju lijekova i medicinskih proizvoda te predlaže i prati provedbu mjera za racionalnu uporabu lijekova i medicinskih proizvoda u zdravstvenoj ustanovi.

Članak 97.

(1) Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove (u daljnjem tekstu: Povjerenstvo za kvalitetu) jest tijelo koje osigurava kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite te osigurava provođenje propisa s područja kvalitete zdravstvene zaštite.

(2) Povjerenstvo za kvalitetu imenuje upravno vijeće i ima najmanje pet članova.

(3) U Povjerenstvu za kvalitetu moraju biti zastupljeni predstavnici svih djelatnosti.

(4) Sastav i broj članova Povjerenstva za kvalitetu sukladno odredbi stavka 2. ovoga članka uređuje se statutom zdravstvene ustanove.

(5) Povjerenstvo za kvalitetu donosi poslovnik o svom radu.

(6) Povjerenstvo za kvalitetu:

- vodi registar zdravstvene ustanove o umrlim pacijentima
- vodi registar zdravstvene ustanove o neželjenim ishodima liječenja sukladno općim aktima agencije nadležne za kvalitetu zdravstvene zaštite
- provodi kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije zdravstvene ustanove.

(7) Povjerenstvo za kvalitetu obvezno je ravnatelju tromjesečno podnositi izvješće o svome radu.

Članak 98.

(1) Akti zdravstvenih ustanova su statut i drugi opći akti.

(2) Statut je osnovni opći akt zdravstvene ustanove kojim se uređuje:

- organizacija zdravstvene ustanove
- način odlučivanja ravnatelja i upravnog vijeća, sukladno kojem ravnatelj donosi sve odluke u vezi s poslovanjem u zdravstvenoj ustanovi, osim odluka propisanih u članku 84. ovoga Zakona
- druga prava i obveze ravnatelja i upravnog vijeća
- način izbora, sastav i rad stručnog kolegija
- druga pitanja važna za obavljanje zdravstvene djelatnosti, kao i za rad i poslovanje zdravstvene ustanove.

Članak 102.

- (1) Dom zdravlja je zdravstvena ustanova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu određenog područja u sklopu zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini.
- (2) Na području jedinice područne (regionalne) osniva se najmanje jedan dom zdravlja.
- (3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka, na području Grada Zagreba osnivaju se najmanje tri doma zdravlja.
- (4) Jedinica područne (regionalne) samouprave može zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite osnovati dom zdravlja na otoku.

Članak 103.

- (1) Dom zdravlja je nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti.
- (2) Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, sanitetskog prijevoza, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti.
- (3) Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija.
- (4) Dom zdravlja mora osigurati provođenje djelatnosti iz stavka 1. ovoga članka ako obavljanje tih djelatnosti sukladno mreži javne zdravstvene službe nije drukčije organizirano.
- (5) Dom zdravlja može ustrojiti i dispanzerske djelatnosti prema potrebama stanovnika na području doma zdravlja.
- (6) U okviru dispanzerske djelatnosti iz stavka 5. ovoga članka provode se sveobuhvatne mjere zdravstvene zaštite u zajednici koje uključuju prevenciju, liječenje, socijalno-medicinsku skrb te skrb za specifične potrebe pružanja zdravstvene zaštite stanovnika na određenom području.
- (7) Dom zdravlja može organizirati radne jedinice za obavljanje djelatnosti iz stavaka 1. i 2. ovoga članka, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe.

(8) Dom zdravlja može organizirati, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, radne jedinice za obavljanje pojedinih specijalističkih djelatnosti, ako to zahtijevaju posebne potrebe s obzirom na zdravstveno stanje stanovništva i kada bi pružanje zdravstvene zaštite u poliklinici ili bolnici otežavalo provođenje te zaštite.

(9) Odluku o organiziranju radne jedinice iz stavka 8. ovoga članka donosi župan odnosno gradonačelnik Grada Zagreba, uz prethodno pribavljeno mišljenje Zavoda.

(10) Dom zdravlja, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, osigurava koordinatora palijativne skrbi koji povezuje i koordinira radom mobilnog palijativnog tima i svih drugih dionika palijativne skrbi u jedinici područne (regionalne) samouprave odnosno Gradu Zagrebu (bolničke zdravstvene ustanove, ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala, volonteri).

(11) Uz koordinatora palijativne skrbi iz stavka 10. ovoga članka dom zdravlja organizira mobilni palijativni tim sukladno standardima i normativima utvrđenim pravilnikom iz članka 76. stavka 6. ovoga Zakona, koji pruža specijalističku palijativnu skrb bolesniku u njegovu domu te pruža podršku obitelji na temelju cjelovitog i multidisciplinarnog pristupa.

(12) Raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova odlukom određuje župan odnosno gradonačelnik Grada Zagreba.

(13) Iznimno od odredbe stavka 1. ovoga članka, na područjima sa specifičnim potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe u domu zdravlja mogu se organizirati i rodilište te stacionar za dijagnostiku i liječenje.

(14) Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom obavljati djelatnost iz stavka 2. ovoga članka i u prostoru koji se nalazi na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima.

(15) Ministarstvo na zahtjev doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje da su ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u prostoru iz stavka 14. ovoga članka, sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona.

(16) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 15. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(17) Protiv rješenja iz stavka 15. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.

(18) Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima obavljati zdravstvenu djelatnost i u vozilu koje ispunjava uvjete sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona.

(19) Ministarstvo na zahtjev doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u posebnom vozilu, sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona.

(20) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 19. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(21) Protiv rješenja iz stavka 19. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.

Članak 104.

Iznimno od odredbe članka 103. stavka 2. ovoga Zakona, sanitetski prijevoz mogu obavljati i druge zdravstvene ustanove sukladno pravilniku iz članka 105. ovoga Zakona.

Članak 105.

Organizaciju i način obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza, uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, pravilnikom propisuje ministar.

Članak 108.

(1) Zatvorska bolnica u Zagrebu Ministarstva pravosuđa je kaznionica u kojoj se pruža zdravstvena zaštita osobama lišenim slobode u nadležnosti Ministarstva pravosuđa.

(2) Zatvorska bolnica u Zagrebu Ministarstva pravosuđa u svom sastavu ima ljekarničku djelatnost, higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu i bolničko liječenje.

(3) Odjeli zdravstvene zaštite kaznionica i zatvora u Ministarstvu pravosuđa pružaju zdravstvenu zaštitu osobama lišenim slobode na primarnoj razini.

(4) Odjeli zdravstvene zaštite kaznionica i zatvora iz stavka 3. ovoga članka u svom sastavu mogu imati djelatnost opće (obiteljske) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, medicinu rada / medicinu rada i sporta i ljekarničku djelatnost.

(5) Normative i standarde u pogledu prostora, opreme i djelatnika iz stavka 1. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar pravosuđa uz prethodnu suglasnost ministra.

Članak 114.

(1) Opća bolnica jest zdravstvena ustanova koja obavlja najmanje djelatnosti kirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i porodiljstva te hitne medicine i ima posteljne, dijagnostičke i druge mogućnosti prilagođene svojoj namjeni.

(2) Ako u gradu uz opću bolnicu bolničku djelatnost obavlja i specijalna bolnica za dječje bolesti odnosno za ginekologiju i porodiljstvo, opća bolnica ne mora imati radnu jedinicu za pedijatriju odnosno za ginekologiju i porodiljstvo.

Članak 119.

Lječilište jest zdravstvena ustanova u kojoj se prirodnim ljekovitim izvorima provodi preventivna zdravstvena zaštita, specijalistička i bolnička rehabilitacija.

Članak 122.

- (1) Naziv klinička ustanova dodjeljuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnoga visokog učilišta.
- (2) Stjecanjem odnosno gubitkom uvjeta za naziv klinika, klinička bolnica i klinički bolnički centar te dodjelom odgovarajućeg naziva zdravstvenoj ustanovi ili njezinu dijelu ne prenose se osnivačka prava nad zdravstvenom ustanovom.
- (3) Normative i standarde koje moraju ispunjavati klinike, kliničke bolnice i klinički bolnički centri za dodjelu naziva klinička ustanova utvrđuje pravilnikom ministar, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za znanost te prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.
- (4) Ako tijelo iz stavka 3. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 3. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.
- (5) U kliničkim ustanovama mogu se organizirati centri izvrsnosti specijalizirani za pojedine bolesti ili dijagnostičke i terapijske postupke.
- (6) Mjerila za dodjelu i obnovu naziva centra iz stavka 5. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar.

Članak 127.

- (1) Visoko učilište zdravstvenog usmjerenja može u skladu s posebnim zakonom kojim se uređuje područje visokog obrazovanja osnovati unutarnje organizacijske cjeline u kojima se obavlja zdravstvena djelatnost za potrebe nastave.
- (2) Unutarnje organizacijske cjeline iz stavka 1. ovoga članka osnivaju se i njihov rad uređuje se statutom visokog učilišta koji se donosi uz prethodnu suglasnost ministra.
- (3) Za obavljanje zdravstvene djelatnosti iz stavka 1. ovoga članka visoko učilište zdravstvenog usmjerenja ostvaruje sredstva ugovorom sa Zavodom.

Članak 128.

- (1) Zdravstveni zavodi su državni zdravstveni zavodi, zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba.
- (2) Državni zdravstveni zavodi su zdravstvene ustanove za obavljanje stručnih i znanstvenih djelatnosti iz okvira prava i dužnosti Republike Hrvatske na području javnozdravstvene djelatnosti, medicine rada, telemedicine, toksikologije i antidopinga, transfuzijske medicine te hitne medicine.
- (3) Državni zdravstveni zavodi su Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu te Hrvatski zavod za hitnu medicinu.
- (4) U sklopu djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka državni zdravstveni zavodi obvezni su u utvrđenom djelokrugu obavljati i druge poslove na zahtjev Ministarstva.

(5) Zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba su zdravstvene ustanove za obavljanje stručnih i znanstvenih djelatnosti iz okvira prava i dužnosti jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba na području javnozdravstvene djelatnosti.

(6) Zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba u kojima se obavlja nastava iz područja javnozdravstvenih djelatnosti odnosno koji su nastavna baza visokih učilišta zdravstvenog usmjerenja imaju pravo na dodatak svom nazivu – nastavni zavodi za javno zdravstvo.

(7) Zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba su zdravstvene ustanove za obavljanje poslova iz okvira prava i dužnosti jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba na području hitne medicine.

(8) Zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba u kojima se obavlja nastava iz područja hitne medicine odnosno koji su nastavna baza visokih učilišta zdravstvenog usmjerenja imaju pravo na dodatak svom nazivu – nastavni zavodi za hitnu medicinu.

Članak 132.

(1) U obavljanju stručne i znanstvene djelatnosti na području toksikologije i antidopinga Hrvatski zavod za javno zdravstvo obavlja sljedeće poslove:

- planira i prati provođenje mjera zaštite života i zdravlja ljudi od štetnog djelovanja kemikalija pri redovitom korištenju odnosno u slučajevima izvanrednog događaja ili pri sumnji na izvanredni događaj
- stručno osposobljava za siguran rad s kemikalijama
- prikuplja i obrađuje podatke o proizvodnji, uvozu i unosu na teritorij Republike Hrvatske kemikalija iz zbirnih godišnjih očevidnika pravnih i fizičkih osoba
- analizira dokumentaciju o ispitivanju kemikalija u zraku, vodi, tlu, rijekama, moru, biljnom i životinjskom svijetu, hrani za ljude i životinje, u redovitim uvjetima, u izvanrednim događajima ili pri sumnji na izvanredni događaj i predlaže mjere zaštite
- izrađuje stručna mišljenja i ocjenjuje svojstva kemikalija i biocidnih proizvoda
- u pripravnosti je za slučaj nesreća i akutnih trovanja s kemikalijama i organizira službu za pomoć
- prati i provodi međunarodne konvencije protiv dopinga u sportu u Republici Hrvatskoj
- sustavno prati i koordinira akcije Vladinih i nevladinih organizacija u borbi protiv dopinga u sportu
- predlaže i provodi mjere u borbi protiv dopinga u sportu
- primjenjuje kodeks Svjetske antidopinške agencije te pravila Hrvatskog olimpijskog odbora, Međunarodnog olimpijskog odbora, Svjetske antidopinške agencije i međunarodnih sportskih saveza.

(2) Hrvatski zavod za javno zdravstvo uz poslove iz stavka 1. ovoga članka predlaže program mjera zdravstvene zaštite iz područja toksikologije i antidopinga i obavlja druge poslove sukladno posebnim propisima.

Članak 134.

(1) Zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba jest zdravstvena ustanova za obavljanje javnozdravstvene djelatnosti na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba.

(2) Zavod za javno zdravstvo obavlja djelatnosti epidemiologije zaraznih bolesti te kroničnih nezaraznih bolesti, javnog zdravstva, promicanja zdravlja, zdravstvene ekologije, mikrobiologije, školske i adolescentne medicine, mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba.

(3) Zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba obavlja sljedeće poslove:

- zdravstvenog prosvjećivanja s promicanjem zdravlja i prevencije bolesti
- provodi specifičnu i preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te visokim učilištima na svom području
- prati, proučava, evaluira i izvješćuje o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj onesposobljenosti starijih ljudi te predlaže zdravstvene mjere za svoje područje
- prikuplja, kontrolira i analizira statistička izvješća iz područja zdravstva, uključujući bolesti ovisnosti, na razini jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za potrebe Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo
- na zahtjev župana odnosno gradonačelnika prati i ocjenjuje zdravstveno stanje stanovništva na tom području
- kontinuirano provodi mjere higijensko-epidemiološke zaštite s epidemiološkom analizom stanja na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i po potrebi provodi protuepidemijske mjere te nadzire provođenje obveznih imunizacija
- provodi mjere gerontološke zdravstvene zaštite
- analizira epidemiološko stanje, planira, predlaže i sudjeluje u provođenju mjera i aktivnosti za sprječavanje, rano otkrivanje i suzbijanje bolesti ovisnosti
- provodi zaštitu mentalnog zdravlja i izvanbolničko liječenje ovisnosti, što obuhvaća prevenciju i rano otkrivanje svih psihičkih poremećaja, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju svih oblika ovisnosti, kao i mjere očuvanja mentalnog zdravlja u zajednici
- surađuje sa zdravstvenim i drugim ustanovama i zdravstvenim radnicima u provedbi dijagnostike i liječenja bolesti ovisnosti te rehabilitacije i društvene integracije ovisnika
- prati provedbu mjera dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije te provodi preventivne i protuepidemijske postupke dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije za područje jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- obavlja mikrobiološku djelatnost od interesa za jedinicu područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb
- prati, proučava, analizira i ocjenjuje zdravstvenu ispravnost vode za ljudsku potrošnju, vode za rekreaciju i fizikalnu terapiju, površinske i otpadne vode, stanje vodoopskrbe te zdravstvenu ispravnost namirnica i predmeta opće uporabe za područje jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreb
- sudjeluje u izradi i provedbi pojedinih programa zdravstvene zaštite u izvanrednim prilikama
- prati, analizira i ocjenjuje utjecaj okoliša i hrane na zdravstveno stanje stanovništva jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba

- sudjeluje u planiranju, predlaganju i provođenju mjera promicanja tjelesnog, mentalnog i spolnog/reproduktivnog zdravlja
- sudjeluje u planiranju, predlaganju i provođenju mjera za sprečavanje, rano otkrivanje i suzbijanje kroničnih nezaraznih bolesti, uključujući bolesti ovisnosti
- obavlja raspodjelu obveznih cjepiva ordinacijama na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- može obavljati stručne poslove zaštite okoliša sukladno posebnim propisima vezano uz zaštitu okoliša i zaštitu zraka
- obavlja i ostale poslove za potrebe obavljanja javnozdravstvene djelatnosti sukladno posebnim propisima.

Članak 138.

(1) Hrvatski zavod za hitnu medicinu jest zdravstvena ustanova za obavljanje djelatnosti hitne medicine i telemedicine.

(2) Djelatnost hitne medicine organizira se u svrhu neprekidnog hitnog medicinskog zbrinjavanja svih osoba kojima je zbog bolesti, stradanja ili ozljede neposredno ugrožen život, pojedini organ ili dijelovi tijela odnosno kod kojih bi u kratkom vremenu moglo doći do životne ugroženosti, a radi maksimalnog skraćivanja vremena od nastanka hitnog stanja do konačnog medicinskog zbrinjavanja.

(3) Djelatnost hitne medicine obuhvaća provođenje mjera hitnoga medicinskog zbrinjavanja, hitnog prijevoza oboljelih i ozlijeđenih osoba u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu te medicinskog zbrinjavanja za vrijeme prijevoza.

(4) Mrežu hitne medicine na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, uz prethodno pribavljeno mišljenje predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba odlukom donosi ministar.

(5) Organizaciju i način obavljanja hitne medicine na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.

(6) Ako tijelo iz stavka 5. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 5. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.

Članak 139.

(1) Organizaciju i način obavljanja hitnog medicinskog prijevoza na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar.

(2) Standarde za provođenje programa javno dostupne rane defibrilacije na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar.

(3) Standarde i normative u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine na svim razinama zdravstvene djelatnosti na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.

(4) Ako tijelo iz stavka 3. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 3. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.

Članak 140.

(1) Hrvatski zavod za hitnu medicinu uz poslove iz članaka 138. i 139. ovoga Zakona obavlja sljedeće poslove:

- predlaže strategiju razvoja djelatnosti hitne medicine
- oblikuje doktrinu u djelatnosti hitne medicine
- predlaže, planira, prati i analizira program mjera i aktivnosti u djelatnosti hitne medicine
- predlaže ministru mrežu hitne medicine
- utvrđuje standarde hitne medicine za hitni medicinski prijevoz zrakom i vodom
- utvrđuje raspored i standard hitne medicinske službe tijekom turističke sezone
- prati, analizira i nadzire ujednačenu provedbu standarda kvalitete rada i opremljenosti u djelatnosti hitne medicine
- koordinira i stručno usmjerava rad zdravstvenih ustanova koje obavljaju djelatnost hitne medicine
- predlaže i oblikuje edukacijske programe cjeloživotnog obrazovanja / trajne izobrazbe radnika u djelatnosti hitne medicine te sudjeluje u provedbi i nadzire edukaciju i stručno usavršavanje radnika u djelatnosti hitne medicine
- utvrđuje uvjete i akreditira provoditelje programa edukacije, dodatnog usavršavanja i cjeloživotnog obrazovanja u djelatnosti hitne medicine
- sudjeluje u obrazovanju drugih zdravstvenih radnika
- predlaže program mjera zdravstvene zaštite iz područja rada hitne medicine
- planira i provodi aktivnosti radi uspostave informatizacije sustava hitne medicine kompatibilne s informatičkim sustavom Zavoda
- provodi edukaciju stanovništva iz svoga područja rada
- surađuje s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima radi unaprjeđenja liječenja i dijagnostike iz područja hitne medicine
- surađuje s obrazovnim ustanovama i visokim učilištima te drugim institucijama radi unaprjeđenja djelatnosti hitne medicine
- prati i provodi stručna i znanstvena istraživanja iz hitne medicine
- prikuplja, analizira i objavljuje podatke iz djelatnosti hitne medicine i dostavlja ih Ministarstvu, Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i Zavodu
- prikuplja podatke i vodi registre iz područja hitne medicine
- utvrđuje standarde za organizaciju rada hitne medicinske službe u izvanrednim prilikama, velikim nesrećama i katastrofama
- surađuje s drugim tijelima državne uprave radi unaprjeđenja hitne medicine
- planira i sudjeluje u izradi i provedbi pojedinih projekata zdravstvene zaštite u izvanrednim prilikama u koordinaciji s Kriznim stožerom Ministarstva, Ministarstvom unutarnjih poslova, Ministarstvom obrane, Hrvatskim Crvenim križem, Hrvatskom gorskom službom spašavanja te ostalim službama za spašavanje
- utvrđuje uvjete za organizaciju hitne medicinske službe na javnim priredbama i drugim oblicima okupljanja
- planira i provodi projekte u djelatnosti hitne medicine
- obavlja i druge poslove iz područja svoje djelatnosti.

(2) Hrvatski zavod za hitnu medicinu koordinira, stručno usmjerava i prati kvalitetu rada zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba.

Članak 142.

Zavod za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba obavlja sljedeće poslove:

- provodi mjere hitne medicine na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- vodi propisanu dokumentaciju i izvješća koja se dostavljaju Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu
- osigurava suradnju u pružanju hitne medicine sa susjednim jedinicama područne (regionalne) samouprave odnosno Gradom Zagrebom
- osigurava provođenje standarda operativnih postupaka, protokola rada i algoritama postupanja u djelatnosti hitne medicine
- organizira i osigurava popunjavanje mreže timova na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- osigurava provedbu utvrđenih standarda opreme, vozila te vizualnog identiteta vozila i zdravstvenih radnika donesenih od strane Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu
- provodi standarde hitne medicine za hitni medicinski prijevoz cestom, a standarde za hitni medicinski prijevoz zrakom i vodom provodi u suradnji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu
- popunjava i organizira timove za medicinski prijevoz cestom, zrakom i vodom
- osigurava provedbu standarda kvalitete rada te predlaže Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu mjere potrebne za poboljšanje postojećih standarda kvalitete rada i opremljenosti
- sudjeluje u planiranju i provedbi obrazovanja zdravstvenih radnika
- provodi stručna i znanstvena istraživanja iz područja hitne medicine u suradnji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu
- provodi edukaciju iz prve pomoći
- prikuplja podatke i vodi registre iz područja hitne medicine za jedinicu područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba te ih prosljeđuje Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu
- sukladno odluci osnivača može obavljati djelatnost sanitetskog prijevoza
- planira, organizira i sudjeluje u obrazovanju stanovništva iz područja hitne medicine na svom području
- surađuje s drugim zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima u provedbi liječenja i dijagnostike bolesti
- planira i sudjeluje u izradi i provedbi pojedinih projekata zdravstvene zaštite u koordinaciji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu
- osigurava hitnu medicinsku skrb na javnim priredbama i drugim oblicima okupljanja
- obavlja i druge poslove iz područja hitne medicine za potrebe jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i na zahtjev Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu
- surađuje u izvanrednim prilikama sa svim žurnim službama i službama za spašavanje na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba
- surađuje s Ministarstvom unutarnjih poslova i Ministarstvom obrane u obavljanju djelatnosti hitne medicine.

Članak 155.

(1) Zdravstveni radnici su osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu.

(2) Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja. Zdravstveni radnici osposobljavaju se školovanjem u punoj nastavnoj satnici teorijske i praktične nastave, kojom se postižu ishodi učenja i stječu kompetencije.

(3) Obveza je zdravstvenih radnika da pri pružanju zdravstvene zaštite postupaju prema pravilima zdravstvene struke tako da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi.

(4) Poslodavac je obvezan sve zdravstvene radnike koji neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu osigurati od štete koja bi mogla nastati u provođenju zdravstvene zaštite.

Članak 157.

(1) Zdravstveni radnik može uz odobrenje poslodavca za svoj račun sklopiti posao iz zdravstvene djelatnosti poslodavca.

(2) Odobrenje iz stavka 1. ovoga članka daje se na vrijeme od godinu dana.

(3) Uvjet za davanje odobrenja iz stavka 1. ovoga članka jest prethodno sklopljeni ugovor o međusobnim pravima i obvezama između poslodavca i zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnog zdravstvenog radnika kod kojeg će zdravstveni radnik za svoj račun obavljati poslove iz djelatnosti poslodavca.

(4) Iznimno od stavka 1. ovoga članka, poslove iz djelatnosti poslodavca ne smiju sklapati za svoj račun ravnatelj, zamjenik ravnatelja niti pomoćnik ravnatelja zdravstvene ustanove.

(5) Odobrenje iz stavka 1. ovoga članka poslodavac daje u skladu s mjerilima koje pravilnikom propisuje ministar.

Članak 182.

(1) Specijalizacija se može odobriti zdravstvenom radniku kojem je izdano odobrenje za samostalan rad te koji je u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi ili trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili ima privatnu praksu ili radi kod zdravstvenog radnika privatne prakse sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem.

(2) Zdravstvenom radniku iz stavka 1. ovoga članka koji nije u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi niti u trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost niti ima privatnu praksu odnosno ne radi kod zdravstvenog radnika privatne prakse sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem, Ministarstvo može odobriti specijalizaciju za vlastite potrebe, za potrebe Ministarstva, ministarstva nadležnog za obranu, ministarstva nadležnog za pravosuđe, ministarstva nadležnog za unutarnje poslove, ministarstva nadležnog za hrvatske branitelje, ministarstva nadležnog za znanost i obrazovanje, ministarstva nadležnog za okoliš, Agencije za lijekove i medicinske proizvode, visokog učilišta koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, znanstvenih pravnih osoba, pravnih osoba koje obavljaju proizvodnju i promet lijekova i medicinskih proizvoda, pravnih osoba koje obavljaju poslove zdravstvenog osiguranja te upravnih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba nadležnih za zdravstvo.

(3) Odobrenje za specijalizaciju i užu specijalizaciju zdravstvenom radniku iz stavka 1. ovoga članka daje Ministarstvo.

(4) Odobrenje iz stavka 3. ovoga članka daje se na temelju godišnjeg plana potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koji donosi ministar na temelju Nacionalnog plana specijalističkog usavršavanja te prijedloga predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i prijedloga pravnih i fizičkih osoba iz stavaka 1. i 2. ovoga članka.

(5) Zdravstveni radnik iz stavka 1. ovoga članka Ministarstvu podnosi zahtjev za donošenje rješenja o odobrenju specijalizacije odnosno uže specijalizacije.

(6) Ministarstvo donosi rješenje o odobrenju specijalizacije odnosno uže specijalizacije iz stavka 3. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva.

(7) Protiv rješenja iz stavka 6. ovoga članka nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor.

Članak 183.

(1) Specijalizacije i uže specijalizacije mogu se obavljati samo u ovlaštenim zdravstvenim ustanovama i trgovačkim društvima odnosno kod ovlaštenih zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu.

(2) Za potrebe ljekarničke djelatnosti dio specijalizacije može se obavljati kod pravnih osoba koje provode proizvodnju ili kontrolu lijekova.

(3) Standarde za prijam specijalizanata i način polaganja specijalističkog ispita odnosno ispita iz uže specijalizacije te za određivanje ovlaštenih zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava i zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu za provođenje specijalističkog staža pravilnikom propisuje ministar, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.

(4) Ako tijelo iz stavka 3. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 3. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.

Članak 184.

- (1) Nakon uspješno završenog programa specijalizacije kandidat polaže specijalistički ispit pred ispitnom komisijom i stječe pravo na naziv specijalista određene specijalnosti.
- (2) Nakon uspješno završenog programa iz uže specijalizacije kandidat polaže ispit pred ispitnom komisijom i stječe pravo na naziv područja uže specijalnosti.
- (3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka, status uže specijalizacije priznat će se pod mjerilima koje pravilnikom utvrđuje ministar.
- (4) Članove ispitne komisije iz stavaka 1. i 2. ovoga članka imenuje ministar iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti.
- (5) Glavni mentor kandidata nije član ispitne komisije, ali je obvezan prisustvovati ispitu iz stavaka 1. i 2. ovoga članka.
- (6) Ministar donosi listu ispitivača na specijalističkim ispitima.
- (7) Pravilnikom ministar utvrđuje mjerila za priznavanje doktorima medicine specijalistima jedne specijalističke djelatnosti kao stečena prava kompetencije druge specijalističke djelatnosti te njihovo izjednačavanje u nazivu, pravima i kompetencijama.

Članak 242.

- (1) Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova ako:
 1. uskraćuje osobama jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 1.)
 2. uskraćuje osobama slobodan izbor doktora medicine i doktora dentalne medicine primarne zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 2.)
 3. uskraćuje osobama zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja (članak 26. stavak 1. točka 3.)
 4. uskraćuje osobama prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada im je ona potrebna, osim kad im je pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice za njihovo zdravlje ili za njihov život (članak 26. stavak 1. točka 4.)
 5. uskraćuje osobama odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije stečene stručne kvalifikacije odnosno ishodenog odobrenja za samostalan rad (članak 26. stavak 1. točka 5.)
 6. uskraćuje osobama prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njihov život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njihova zdravlja (članak 26. stavak 1. točka 6.)
 7. uskraćuje osobama prehranu u skladu s njihovim svjetonazorom za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi (članak 26. stavak 1. točka 7.)
 8. uskraćuje osobama obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenome prostoru (članak 26. stavak 1. točka 8.)

9. ne omogući opremanje osoba u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih odnosno drugih običaja vezanih uz iskaz pijeteta prema umrloj osobi (članak 26. stavak 1. točka 9.)
10. ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)
11. ne osigura hitnu medicinsku pomoć (članak 43.)
12. sklopi ugovor sa zdravstvenim radnikom sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem koji obavlja privatnu praksu protivno odredbi članka 62. ovoga Zakona
13. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da zdravstvena ustanova ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 76. stavak 1.)
14. proširi ili promijeni djelatnost prije nego što je rješenjem utvrđeno da zdravstvena ustanova ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 78.)
15. prestane obavljati zdravstvenu djelatnost bez rješenja Ministarstva o prestanku rada (članak 80. stavak 3.)
16. primi u radni odnos za obavljanje poslova u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom zdravstvenog radnika koji je pravomoćno osuđen za neko od kaznenih djela iz glave XVI. Kaznenog zakona (»Narodne novine«, br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. i 101/17.) – Kaznena djela protiv spolne slobode i glave XVII. istoga Zakona – Kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta (članak 156. stavak 1.)
17. ne primi zdravstvene radnike na pripravnički staž (članak 174. stavak 2.)
18. onemogući zdravstvenom radniku stručno usavršavanje (članak 179. stavak 1.)
19. ne osigura kontinuitet zdravstvene zaštite odnosno ako dopusti da zdravstveni radnici napuste mjesta rada bez zamjene drugog radnika, ako se time dovodi u pitanje sigurnost pružanja zdravstvene zaštite (članak 193. stavci 1. i 13.)
20. ne provodi unutarnji nadzor nad radom svojih ustrojstvenih jedinica i zdravstvenih radnika (članak 201. stavak 1.)
21. inspektoru onemogući obavljanje inspeksijskog nadzora i odbije pružiti potrebne podatke i obavijesti (članak 209. stavak 3.)
22. ne izvrši naređene mjere iz članka 213. stavka 1. točaka 1., 2., 3., 5., 6., 7., 8. i 10. ovoga Zakona
23. ne obavi propisanu obdukciju (članak 236. stavak 2.).

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5000,00 do 10.000,00 kuna i odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi.

(3) Novčanom kaznom u iznosu od 5000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj iz stavka 1. točaka 1., 3., 4., 5., 6., 10., 11., 17. i 21. ovoga članka privatni zdravstveni radnik.

Članak 243.

Novčanom kaznom u iznosu od 5000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj ravnatelj zdravstvene ustanove:

1. ako ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)

2. ako ministru tromjesečno ne podnese pisano izvješće o broju osoba umrlih u zdravstvenoj ustanovi te o broju izvršenih obdukcija (članak 89. stavak 1.).

Članak 244.

Novčanom kaznom u iznosu od 5000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj ravnatelj zdravstvene ustanove ako u izvanrednim okolnostima kada je ugrožen proces pružanja zdravstvene zaštite ili postoji neposredna opasnost za život i zdravlje osoba bez odgađanja o tim okolnostima ne obavijesti Ministarstvo i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (članak 89. stavak 2.).

Članak 245.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ako:

1. uskraćuje osobama jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 1.)
2. uskraćuje osobama zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja (članak 26. stavak 1. točka 3.)
3. uskraćuje osobama prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada im je ona potrebna, osim kad im je pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice za njihovo zdravlje ili za njihov život (članak 26. stavak 1. točka 4.)
4. uskraćuje osobama odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije stečene stručne kvalifikacije odnosno ishodenog odobrenja za samostalan rad (članak 26. stavak 1. točka 5.)
5. uskraćuje osobama prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njihov život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njihova zdravlja (članak 26. stavak 1. točka 6.)
6. ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)
7. ne osigura hitnu medicinsku pomoć (članak 43.)
8. sklopi ugovor sa zdravstvenim radnikom sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem koji obavlja privatnu praksu protivno odredbi članka 62. ovoga Zakona
9. obavlja zdravstvenu djelatnost protivno odredbi članka 148. ovoga Zakona
10. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno da trgovačko društvo ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 152. stavak 4.)
11. proširi ili promijeni djelatnost prije nego što je rješenjem utvrđeno da trgovačko društvo ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme (članak 153.)
12. prestane obavljati zdravstvenu djelatnost bez rješenja Ministarstva o prestanku rada (članak 154. stavak 2.)
13. primi u radni odnos za obavljanje poslova u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom zdravstvenog radnika koji je pravomoćno osuđen za neko od kaznenih djela iz glave XVI. Kaznenog zakona («Narodne novine», br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. i

- 101/17.) – Kaznena djela protiv spolne slobode i glave XVII. istoga Zakona – Kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta (članak 156. stavak 1.)
14. ne primi zdravstvene radnike na pripravnički staž (članak 174. stavak 2.)
 15. onemogućiti zdravstvenom radniku stručno usavršavanje (članak 179. stavak 1.)
 16. ne provodi unutarnji nadzor nad radom svojih ustrojstvenih jedinica i zdravstvenih radnika (članak 201. stavak 1.)
 17. inspektoru onemogućiti obavljanje inspeksijskog nadzora i odbije pružiti potrebne podatke i obavijesti (članak 209. stavak 3.)
 18. ne izvrši naređene mjere iz članka 213. stavka 1. točaka 1., 2., 3., 5., 6., 7. i 9. ovoga Zakona.

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5000,00 do 10.000,00 kuna i odgovorna osoba u trgovačkom društvu.

Članak 246.

Novčanom kaznom u iznosu od 5000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj privatni zdravstveni radnik ako:

1. uskraćuje osobama jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite (članak 26. stavak 1. točka 1.)
2. uskraćuje osobama zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja (članak 26. stavak 1. točka 3.)
3. uskraćuje osobama prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada im je ona potrebna, osim kad im je pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice za njihovo zdravlje ili za njihov život (članak 26. stavak 1. točka 4.)
4. uskraćuje osobama odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije stečene stručne kvalifikacije odnosno ishoda odobrenja za samostalan rad (članak 26. stavak 1. točka 5.)
5. uskraćuje osobama prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo njihov život i zdravlje ili izazvalo trajna oštećenja njihova zdravlja (članak 26. stavak 1. točka 6.)
6. ne postupi po prigovoru osobe koja je zatražila zaštitu svojih prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge i o poduzetim mjerama ne obavijesti podnositelja prigovora najkasnije u roku od osam dana (članak 27. stavci 4. i 5.)
7. obavlja privatnu praksu bez odobrenja za samostalan rad (članak 47. stavak 1. točka 2. i članak 49. stavak 4.)
8. obavlja privatnu praksu bez radne sposobnosti (članak 47. stavak 1. točka 3. i članak 49. stavak 4.)
9. obavlja privatnu praksu bez potpune poslovne sposobnosti (članak 47. stavak 1. točka 4. i članak 49. stavak 4.)
10. obavlja privatnu praksu za vrijeme trajanja radnog odnosa odnosno dok obavlja drugu samostalnu djelatnost (članak 47. stavak 1. točka 7. i članak 49. stavak 4.)
11. obavlja privatnu praksu, a ne raspolaže odgovarajućim prostorom sukladno normativima i standardima za obavljanje privatne prakse u pogledu prostora (članak 47. stavak 1. točka 8. i članak 49. stavak 4.)

12. obavlja privatnu praksu, a ne raspolaže odgovarajućom medicinsko-tehničkom opremom sukladno normativima i standardima za obavljanje privatne prakse u pogledu medicinsko-tehničke opreme (članak 47. stavak 1. točka 9. i članak 49. stavak 4.)
13. započne s radom prije nego što je rješenjem utvrđeno ispunjenje uvjeta s obzirom na prostor, radnike i medicinsko-tehničku opremu (članak 51. stavak 3.)
14. ima više od jedne ordinacije, ljekarne ili medicinsko-biokemijskog laboratorija odnosno jedne privatne prakse u svojoj struci (članak 54. stavak 1.)
15. ne obavlja poslove privatne prakse osobno (članak 54. stavak 2.)
16. primi u radni odnos više zdravstvenih radnika iste struke (članak 54. stavak 3.)
17. obavlja privatnu praksu s više od dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu (članak 54. stavak 6.)
18. za opredijeljene osigurane osobe ne osigura zamjenu ugovorom s drugim zdravstvenim radnikom iste struke koji obavlja privatnu praksu ili zdravstvenom ustanovom odnosno trgovačkim društvom koje obavlja zdravstvenu djelatnost (članak 63.)
19. ne pruži hitnu medicinsku pomoć svim osobama u okviru svoje kvalifikacije stečene obrazovanjem (članak 64. točka 1.)
20. se ne odazove pozivu nadležnog tijela u radu na sprječavanju i suzbijanju zaraznih bolesti, kao i na zaštiti i spašavanju stanovništva u slučaju katastrofe (članak 64. točka 2.)
21. ne vodi medicinsku dokumentaciju i drugu evidenciju o osobama kojima pruža zdravstvenu zaštitu ili ne podnese izvješće o tome nadležnoj zdravstvenoj ustanovi u skladu sa zakonom kojim se uređuje područje podataka i informacija u zdravstvu (članak 64. točka 3.)
22. ne postupi po zahtjevu nadležnog tijela za davanje podataka o radu (članak 64. točka 4.)
23. privremeno obustavi rad bez rješenja ministra (članak 65. stavak 4.)
24. ne postupi po rješenju ministra o prestanku odobrenja za obavljanje privatne prakse (članak 68. stavak 2.)
25. obavlja privatnu praksu u djelatnosti u kojoj nije dopuštena (članak 69.)
26. obavlja poslove u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom, a pravomoćno je osuđen za neko od kaznenih djela iz glave XVI. Kaznenog zakona («Narodne novine», br. 125/11., 144/12., 56/15., 61/15. i 101/17.) – Kaznena djela protiv spolne slobode i glave XVII. istoga Zakona – Kaznena djela spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta (članak 156. stavak 1.)
27. ne postupi po utvrđenom rasporedu radnog vremena (članak 194. stavak 2.)
28. ne obavi posebno dežurstvo prema rasporedu provođenja posebnog dežurstva koje utvrđuje tijelo nadležno za zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb (članak 195. stavak 4.)
29. inspektoru onemogućiti obavljanje inspekcijuskog nadzora i odbije pružiti potrebne podatke i obavijesti (članak 209. stavak 3.)
30. ne izvrši naređene mjere iz članka 213. stavka 1. točaka 1., 2., 3., 5., 6., 7., 8. i 9. ovoga Zakona
31. ne utvrdi nastup smrti, vrijeme i uzrok smrti osobe umrle izvan zdravstvene ustanove sukladno odredbi članka 230. stavka 2. ovoga Zakona.

Članak 247.

Novčanom kaznom u iznosu od 5000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstveni radnik ako obavlja rad izvan punoga radnog vremena protivno odredbi članka 126. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 248.

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 40.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj poslodavac ako ne osigura mjere zdravstvene zaštite u vezi s radom i radnim okolišem (članak 23. stavak 1.).

Članak 249.

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstveni radnik koji obavlja poslove za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti poslodavca bez odobrenja iz članka 157. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 250.

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstveni radnik koji obavlja poslove za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti poslodavca protivno ugovoru iz članka 159. ovoga Zakona.

Članak 251.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 50.000,00 do 100.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova odnosno trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost u kojem zdravstveni radnik obavlja poslove za svoj račun na temelju odobrenja iz članka 157. stavka 1. ovoga Zakona, a koje postupi protivno ugovoru iz članka 159. ovoga Zakona.

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna i privatni zdravstveni radnik te odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi odnosno trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost.

Članak 252.

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj odgovorna osoba poslodavca ako:

- zdravstvenom radniku da odobrenje za sklapanje poslova za svoj račun iz zdravstvene djelatnosti poslodavca protivno mjerilima iz članka 157. ovoga Zakona ili bez prethodno sklopljenog ugovora iz članka 159. ovoga Zakona
- ne opozove odobrenje u slučaju iz članka 160. ovoga Zakona.

Prilozi:

- Izvješće o provedenom savjetovanju sa zainteresiranom javnošću
- Izjava o usklađenosti prijedloga propisa s pravnom stečevinom Europske unije, s tablicom usporednog prikaza

OBRAZAC
IZVJEŠĆA O PROVEDENOM SAVJETOVANJU SA ZAINTERESIRANOM
JAVNOŠĆU O NACRTU PRIJEDLOGA ZAKONA
O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Naslov dokumenta	Izvešće o provedenom savjetovanju o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti
Stvaratelj dokumenta, tijelo koje provodi savjetovanje	Ministarstvo zdravstva
Svrha dokumenta	Izvešće o provedenom savjetovanju o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti
Datum dokumenta	6. prosinca 2022.
Verzija dokumenta	I.
Vrsta dokumenta	Izvešće
Naziv nacrtu zakona, drugog propisa ili akta	Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti
Jedinstvena oznaka iz Plana donošenja zakona, drugih propisa i akata objavljenog na internetskim stranicama Vlade	-
Naziv tijela nadležnog za izradu nacrtu	Ministarstvo zdravstva
Koji su predstavnici zainteresirane javnosti bili uključeni u postupak izrade odnosno u rad stručne radne skupine za izradu nacrtu?	Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti izradilo je Ministarstvo zdravstva u suradnji s predstavnicima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, Hrvatske liječničke komora, Hrvatske komore medicinskih sestara, Hrvatske komore dentalne medicine, Hrvatske komore zdravstvenih radnika, Hrvatske ljekarničke komora, Hrvatske komore medicinskih biokemičara, Hrvatske komore fizioterapeuta, Hrvatske komore primalja, Hrvatske udruge poslodavaca, Udruge poslodavaca u zdravstvu, Saveza samostalnih sindikata Hrvatske, Nezavisnih hrvatskih sindikata, Matice hrvatskih sindikata, Hrvatskih liječničkih sindikata, Hrvatskog liječničkog zbora, Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, Hrvatske udruge bolničkih liječnika,

	Hrvatske udruge ugovornih ordinacija, Udruge hrvatskih pacijenata, Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata, Hrvatskog farmaceutskog društva, Hrvatske zajednice županija, Gradskog ureda za zdravstvo, Grad Zagreb.
Je li nacrt bio objavljen na internetskim stranicama ili na drugi odgovarajući način? Ako jest, kada je nacrt objavljen, na kojoj internetskoj stranici i koliko je vremena ostavljeno za savjetovanje? Ako nije, zašto?	Da Savjetovanje sa zainteresiranom javnošću provedeno je putem Središnjeg državnog portala „e-Savjetovanje“ u razdoblju od 19. listopada do 8. studenoga 2022.
Koji su predstavnici zainteresirane javnosti dostavili svoja očitovanja?	Vidjeti u prilogu ovoga obrasca.
ANALIZA DOSTAVLJENIH PRIMJEDBI Primjedbe koje su prihvaćene Primjedbe koje nisu prihvaćene i obrazloženje razloga za neprihvatanje	Vidjeti u prilogu ovoga obrasca.
Troškovi provedenog savjetovanja	Provedba javnog savjetovanja nije iziskivala dodatne financijske troškove.

Izvješće o provedenom savjetovanju - Savjetovanje o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti

Redni broj	Korisnik/Sekcija/Komentar	Odgovor
1	<p>Doris Marie Greppin NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo sljedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijeком propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

<p>2 Ustanova za zdravstvenu njegu u kući NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Članak 110. postojećeg Zakona u stavku (2) nužno je nadopuniti i radnu terapiju u kući. Naime, projekta Integriran pristup skrbi za starije osobe u kući CrossCare koji se provodio od 2018. godine, a završio u kolovozu 2020. godine, a čiji je nositelj bio je Zavod za oskrbu na domu Ljubljana, a partneri - Grad Zagreb, Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Zagreb, Centar za pomoć na domu Maribor, Mestna občina Ljubljana i Dom zdravlja Čakovec pokazali su višestruku učinkovitost implementacije i usluga radne terapije u zajednici. Kvalitetniji pristup uslugama zdravstvene i socijalne zaštite te provedbom integriranog pristupa skrbi u kući, koja uključuje zdravstvenu njegu, fizikalnu terapiju i radnu terapiju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>3 Marija Klarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Komentar na samo još jednu u nizu, doskora bezuspješnu reformu, iznijet ću kao liječnik praktičar sa dugogodišnjim stažom u obiteljskoj medicini kroz slijed pitanja: - kako se itko usudi reformirati temeljnu primarnu ZZ a da ne krene od njenog "temelja" vremensko kadrovskih normativa koji se definiraju sa glavnim dionicima PZZ. "Izvršio" te djelatnosti u timu liječnik- sestra 3/4 radnog vremena rade isključivo administrativno-telefenske usluge koje bi da postoje gore navedeni normativi 8 h/dan obavljao dodatni administrator u timu. Jer jednostavnim "zbrojem" utrošenog vremena na pisanu prijepisku sa osiguranicima koja je očekivana u eri informatizacije, na propisivanje kronične th koje nije i ne smije biti puko "klikanje" nego proaktivno praćenje kroničara, brojne najčešće nepotrebne liječničke "placete" na zahtjev što osiguranika, što institucija. Nelogičnosti je bezbroj, samo jedan primjer "administrativnog ludila", stacionarno fiz liječenje u pravilu se čeka više od 3 mjeseca, a odobrenje LPa HZZOa ističe nakon 3 mj i iznova uključuje istu proceduru i vrijeme i liječnika i osiguranika. Gotovo 2/3 RADNOG VREMENA DNEVNO SPECIJALISTA OBITELJSKE MEDICINE TROŠI NA PREPISIVANJE TERAPIJE, UPUTNICA I NARUČIVANJE!!!! U KOJE PROPISUJE KONZILIJARNI BOLNIČKI LIJEČNIK ISTOG RANGA SAMO DRUGE SPECIJALIZACIJE!! ZAMISLITE OBRATNU SITUACIJU KADA BI BOLNIČKI PULMOLOG NPR TEMELJEM MOG NALAZA PREPISIVAO MOJU PREPORUČENU TH, MOJE UPUTNICE I TEMELJEM ISTIH E NARUČIVAO PACIJENTA!!! Što je još nevjerovatnije uglavnom sve pretrage se rade u istoj toj kući konzilijarnog liječnika, u KBC.u. Dakle u eri informatizacije jedan specijalista opslužuje kolegu istog ranga, i služi kao njegov pisar, čak je i koeficijent po kojem je plaćen za isti rang niži desetljećima!! Kako smo došli do toga da bolnički liječnik ne propisuje svoju terapiju, svoju traženu dijagnostiku, i ne "zlorabi" osiguranika koji nepotrebno gubi vrijeme i novac, a istovremeno</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

degradira struku i zvanje obiteljskog liječnika! —kako je uopće moguće da samo i isključivo jedan liječnik u sustavu odlučuje o potrebi bolovanja, kad su bolesti, osobito ozbiljne, teške, a time i pošteno vanredno duge!, subspecialističke i i to su onkološki, pulmološki, etc pacijenti! Tim činom sa sva odgovornost I NONSENS NOVČANOG KAŽNJAVANJA svalila na leđa isključivo i samoj jedne struke obiteljske medicine!! Koliki je to nonsens govori i sama činjenica da su bolovesti koje riješavaju obiteljski liječnici dakle bolesti koje liječimo od početka do kraja na primarnoj razini uglavnom pokrivena kratkim bolovanjima! Onkološkog pacijenta prati onkolog, i on indicira trajanje i potrebu poštete, i samim tim odgovara za isto. Isto je sa traumama koje prati traumatolog, etc. -kako je moguće da su enormbi iznosi kazni u zdr. suatavu naplaćeni isključivo od primaraca poradi gore navedenih bolovanja KOJA NISU I NE SMIJU BITI U INGERENCIJI JEDNE SPECIJALNOSTI, poradi PUTNIH NALOGA koji su stvar osiguravatelja i osiguranika, A NE I OPET IDGOVORNOST OBITELJSKE ISKLJUČIVO -Kako je moguće da se specijalistički pregled INO osiguranika plaća 58 kn!!, manje nego sam dolazak majstora na kućni prag bez rada!!, a istovremeno jesvima nedostupan podatak o naplati istog od INO osiguravatelja -kako uopće netko tko pročita fore navedeno može pomisliti da uopć postoji u HR nešto #šo se smije zvati obiteljskom medicinom -kako itko u MZ može promisliti da to mladi liječnik ne prepoznaje i ne doživljava kao razlog za odlazak iz PZZ a i ove i ovakve države sa ovom i ovakvom administracijom koja je iznjedrila ovu i ovakvu reformu.

4 **MIRNA ROTTER**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se s komentaram Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem sljedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo sljedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnotežan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini

<p>zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.</p>	
<p>5 Ivan Ševeljević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI (Pre)dugoočekivana i dugonajavljivana reforma zdravstva (očito) je pisana bez konzultacije sa "ljudima s terena"- zdravstvenim radnicima. Ovakvi prijedlozi izmjene Zakona samo će dodatno potaknuti osipanje zdravstvenog kadra u inozemstvo i daljnju devastaciju javnog zdravstva (poglavito PZZ, koju vidim kao najveći problem našeg zdravstvenog sustava) te "guranje" prema privatizaciji. Ponajviše sam razočaran nepostojanjem ikakvog stimulativnog pristupa prema zdravstvenim radnicima; umjesto toga dobili smo najavu novih kažnjavanja i prisila. U konačnici, stanje će (p)ostati neizdrživo, kako za pacijente, tako i za zdravstvene djelatnike; nažalost, kao mladi liječnik i sam sve češće razmišljam o budućnosti i radu izvan RH. Za kraj, dodao bih da se u potpunosti slažem sa Priopćenjem HLK, kao i komentarima KOHOM-a.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>6 Vedrana Grgić - predstavница grupe roditelja djece s teškoćama u razvoju NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U ime grupe roditelja djece s teškoćama u razvoju podržavamo komentare Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti edukacijske rehabilitatore uvrsti kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi psihološke djelatnosti“, „edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti“ znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa, kliničkih psihologa, edukacijskih rehabilitatora, poglavito u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite mentalnog zdravlja sve u cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. 2. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Dopunu članka 30. stavka 2. na način da glasi: „Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske (opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece; školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata; javnog zdravstva; zdravstvene zaštite žena; dentalne zdravstvene zaštite; dentalnih laboratorija; higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite; medicine rada/medicine rada i sporta; zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti; logopedije; edukacijske rehabilitacije; patronažne zdravstvene zaštite; zdravstvene njege u kući; primaljske skrbi; fizikalne terapije; radne terapije; hitne medicine; sanitetskog prijevoza; palijativne skrbi; ljekarništva; radiološke dijagnostike; laboratorijske dijagnostike; telemedicine; zdravstvene ekologije; sanitarnog inženjerstva;“. 4. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ 5. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predložimo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predložimo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. 1. Adela Blažević 2. Adrijana Kalcic Salonja 3. Aida Karačić 4. Akeksandra Ribić 5. Alma Artić 6. Amela Junuzovic 7. Ana Blagus 8. Ana Grahovac 9. Ana Katarina Lastavec 10. Ana Krklec 11. Ana Lalović Kostreš 12. Ana Marija Miličević 13. Ana Nikolić Malora 14. Ana Peranović 15. Ana Ravlić 16. Ana Zrno 17. Anamarija Pokas 18. Andrea Blažević 19. Andriana Guštović 20. Anđelina Plušćec 21. Anita Finek 22.

Anita Juanita 23. Ankica Škundrić 24. Ann Maria Geceg 25. Anna-Carmen Barišić 26. Ante Dadić 27. Antonia Jeramaz 28. Antonija Hrvojević Sućec 29. Antonija Paladinic 30. Antonija Radić 31. Benisa Bešo Hodžić 32. Biljana Ivanović 33. Blazenka Gabud 34. Borka Andlar Kezele 35. Božena Bogoje 36. Božica Fišter Pogačić 37. Branka Barešić 38. Brankica Vasilic Jurakić 39. Daliborka Božić 40. Danica Boban Petrovic 41. Daniel Hudina 42. Daniela Biščan Pagadur 43. Daniela Miloš 44. Danijela Baričić 45. Danijela Cibilić 46. Danijela Ded-Vdović 47. Danijela Devčić 48. Danijela Matešić 49. Danijela Vidović 50. Darija Lukinić-Paun 51. Dario Srpak 52. Dario Živić 53. Darko Matešić 54. Diana Ipša 55. Dijana Jurić 56. Dijana Rihtar 57. Dora Vukadin 58. Dorotea Pavlić 59. Dragan Matić 60. Dragica Lukavečki 61. Dražen Aušperger 62. Dubravka Horak 63. Dubravko Franjin 64. Dunja Tomašević 65. Džana Suljević Dilberović 66. Eva Pavić 67. Filipa Dadić 68. Filipa Dadić 69. Gabrijela Balaško 70. Gabrijela Tvrdojević 71. Greta Posavec 72. Helena Suk 73. Indira Zdjelar 74. Ira Giaschi 75. Iva Jurman 76. Iva Lončar 77. Iva Puntarić 78. Iva Ratkajec 79. Iva Stambolija Mužić 80. Iva Sukalić 81. Iva Vlahović 82. Ivan Višnjarić 83. Ivana Anić- Ivičić 84. Ivana Bogadi 85. Ivana Burazin 86. Ivana Cvitanović 87. Ivana Čvek 88. Ivana Erjavec 89. Ivana Gregurek 90. Ivana Hrabušicki 91. Ivana Majenović 92. Ivana Maričić 93. Ivana Mrđa 94. Ivana Prižmić 95. Ivana Sudar 96. Ivana Štimac Šudar 97. Ivana Tokić Horvat 98. Ivanka Vrljić 99. Ivona Bratić 100. Ivona Čančar 101. Ivona Josić 102. Jasmina Brna 103. Jasmina Goles 104. Jasmina Goles 105. Jasmina Morača 106. Jasmina Pest 107. Jasna Srpak 108. Jasna Usmijani 109. Jelena Baković 110. Jelena Bogdanović 111. Jelena Cerovec 112. Jelena Jeremić 113. Jelena Radej Lesic 114. Jelena Sever 115. Jelena Vukoja Juričević 116. Josip Crnković 117. Josip Rastovac 118. Josipa Budak 119. Josipa Galavić 120. Josipa Grubišić 121. Josipa Vištica 122. Jovana Herman 123. Karla Sabolek Lovrec 124. Karla Trzija 125. Karmen Bubic 126. Karmen Rastovac 127. Karolina Puzek Horvatić 128. Katarina Ergović 129. Katarina Topić 130. Katarina Višnjarić 131. Katica Crnković 132. Kristina Bubičić 133. Kristina Dovranić 134. Kristina Đuraš 135. Kristina Jakovčić 136. Kristina Kiš Sikirica 137. Kristina Mravak 138. Kristina Muškić 139. Kristina Selenić 140. Kristina Zeba 141. Lana Palić 142. Lara Brenko 143. Laura Širol 144. Lejla Čolo 145. Leonarda Brestovac 146. Lidija Buhin Bublic 147. Lidija Mikina 148. Lidija Slivar 149. Lidija Špiljak 150. Lovorka Kaić Matešić 151. Lucija Hudina 152. Lucija Matić Jujnović 153. Lucija Prelec Ptujec 154. Magdalena Babić 155. Magdalena Makar 156. Maja Biscan 157. Maja Bolfek Šalković 158. Maja Draženović 159. Maja Glavak 160. Maja Greganović 161. Maja Iva Buzov 162. Maja Knežević Djak 163. Maja Maretić 164. Maja Mezga 165. Maja Milić 166. Maja Penava 167. Maja Sobol 168. Maja Tonšić 169. Maja Vrčković Župetić 170. Mandalina Pivčević 171. Maric Gorica 172. Marica Mikulić 173. Marija Čadaščan Šlat 174. Marija Jujnović 175. Marija Meglajec 176. Marija Petković 177. Marija Pintarić 178. Marija Poplašen 179. Marija Rebić Gradištanac

180. Marija Rohaček 181. Marijan Šarić 182. Marijana Babić Šerifi 183. Marijana Bauman 184. Marijana Došen 185. Marijana Sekulić 186. Marijana Zrinščak Jurić 187. Marijana Živić 188. Marina Franjin 189. Marina Kartalija 190. Marina Kovač Jurković 191. Marina Mina 192. Marina Njire Bratičević 193. Marina Šušel 194. Marina Živanović 195. Marinela Mihina 196. Mario Šimić 197. Marta Fajfarić 198. Marta Kucelj 199. Marta Radoš 200. Martina Andrić Šipuš 201. Martina Benjak Brezjan 202. Martina Ivanušić 203. Martina Kljajić 204. Martina Kunštek Smiljanec 205. Martina Malenica 206. Martina Moslavac 207. Martina Nikolić 208. Martina Volk 209. Mateja Čikor 210. Mateja Vonić 211. Matić Kristina 212. Mia Stepinac Perković 213. Mia Šarić 214. Mihaela Crnoja 215. Milena Maletić 216. Mirela Ramić 217. Mirela Šimić 218. Mirela Zrno 219. Mirjana Sršan Tkalec 220. Monika Gelenčer 221. Monika Kašnar 222. Monika Križić Sever 223. Monika Matijašić 224. Monika Mišić 225. Morana Špilek 226. Natali Magdić 227. Natalija Štrokač 228. Nataša Čukelj 229. Nataša Špoljar 230. Nataša Tošanović 231. Naza Idrizović 232. Neira Hadžismajlović 233. Nikolina Božinec 234. Nikolina Franjković 235. Nikolina Križaić 236. Nikolina Nerat Jukić 237. Nikolina Vukasović 238. Nimac Nina 239. Ornela Duilo 240. Petar Slivar 241. Petra Gregurić 242. Petra Hlodik 243. Petra Hrenar Jelenski 244. Petra Lončar 245. Petra Prekupec 246. Petra Regelja 247. Petra Sabadija 248. Radmila Đujić 249. Ramiza Bejtović 250. Rea Giaschi Kichl 251. Renata Staraj 252. Renato Grgić 253. Rogina Rozalija 254. Roza Bura 255. Sandra Čukić-Jozinović 256. Sandra Jeren 257. Sandra Piljuzan 258. Sanela Vukušić 259. Sanja Erdeš 260. Sanja Halovanić 261. Sanja Orešković Penko 262. Sanja Sladojević Vasić 263. Saša Kovačec 264. Saša Sadlovski 265. Silvija Lukić 266. Silvija Penić 267. Sinda Aušperger 268. Slađana Golek Zakinja 269. Slađana Musa 270. Slađana Patković 271. Slavica Divković 272. Slavica Fudurić 273. Snježana Komes 274. Suzana Caplić 275. Suzana Pavlinić 276. Štefanija Grđan 277. Tajana Bucković 278. Tajana Lenhard Šimundić 279. Tajana Majić Vidaković 280. Tamara Huzanić 281. Tamara Sadlovski 282. Tanja Horvat 283. Tanja Karimović 284. Tanja Radić 285. Tihana Marcuš 286. Tihana Medved 287. Valentina Cerovečki 288. Valentina Matić 289. Valentina Štivičić 290. Valentina Žeželić 291. Valter Draščić 292. Vedrana Grgić 293. Veljka Marion 294. Veronica Ricciardi 295. Veronika Pirija 296. Veseljko Jujnović 297. Vesna Jakuš 298. Zdravka Čavar 299. Zrinka Vukoja 300. Zunic Edisa 301. Željka Drašković 302. Željka Vučko 303. Željko Jozinović

7 **VALENTINA VIDAKOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo sljedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske

djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”.

5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

8 **Zlatko Papeš**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Telemedicina je prezahtjevna razvojna komponenta zdravstvenog postupka suvremenog digitalnog društva da bi se njome, na razini RH bavio isključivo Zavod za hitnu medicinu sa svojim kompetencijama koji ju, iako imenovan za to baš i nije u proteklom razdoblju u RH razvio. Ako nije moguće drugačije valja sve ustanove od kliničkih centara do primarne zdravstvene zaštite ovlastiti za uspostavu, a one koje su zainteresirane i za razvoj, telemedicinskih postupaka kada je god to moguće i opravdano. (HUPNOZ) Također, kao član Hrvatskog društva za medicinsku informatiku (HDMI) podsjećam na neophodnost da se informatičare zaposlene u zdravstvenim ustanovama uključi u popisu struka u članku 155. u zdravstvene radnike kako im je to u više navrata obećavano ili "uzimano na znanje" jer kao klinički informatičari (a isto se odnosi i na kliničke bibliotekare) osiguravaju kliničke procese i odgovorni su za lokalni rad informacijskih sustava koji zdravstvene aktivnosti u suvremenom digitalno podržanom zdravstvenom okružju uopće čine mogućim i kvalitetnim.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

9 **Damjan Ivetta**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijeком propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijeком navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku

155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predložimo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predložimo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predložimo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predložimo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

10 **Romina Kalesić Čulina**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

1. Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteci iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenju postojećeg

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. 2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prienos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno "pred izumiranjem" kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishođenja suglasnosti

jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obavezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti."
Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije. 4/
Ukidanje "kažnjavanja" specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos
Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona".
Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“
Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz

izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?! 5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.” Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb”. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika. 6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.” Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih

zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: "Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji." Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi: "Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka." Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak. 2. Komentar na članak 1. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"?

Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo.

3. Komentar na članak 12. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvediv. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika

privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira. 4. Komentar na članak 25. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga

članka.” Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??!

5. Komentar na članak 43. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno “popuni kadrovske rupe”.

6. Komentar na članak 50. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Prije svega KoHOM ističe da ova odredba koja regulira prelazak domskih liječnika u privatnu praksu praktički ostaje bez ikakvog učinka, s obzirom na prijedlog za izmjenu članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se daje ovlast osnivačima domova zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite te na taj način onemogućiti bilo kojeg domskog liječnika u ostvarivanju svojih prava iz ovog članka zakona. Dakle, bez obzira, da li domski liječnik ima godinu dana staža (što je uvjet po postojećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) ili pet godina radnog staža po ovom prijedlogu, ishod u slučaju traženja prelaska u privatnu praksu će biti isti, negativan, iz jednostavnog razloga što domovi zdravlja više neće biti limitirani po broju timova u pojedinoj djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Izmjenom ove odredbe i odredbe članka 103. st. 4. liječnicima se ostavlja izbor, ili nastavak rad u domovima zdravlja ili odlazak u inozemstvo, a strahujemo da će potonja opcija biti

sve učestalija. Brojke o mladim liječnicima koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja što će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. U prilog našim navodima iznosimo još jednom statističke podatke HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) Isto tako KoHOM predlaže dopuniti ovu odredbu novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb,„ Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.

- 11 **Sanela Lozančić Suhina**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Poštovani, slažem se s kolegicom pa ću kopirati dio njenog komentara: "...podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl."

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

<p>12 Lucija Loparić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI SEKCIJA SOCIJALNIH RADNIKA U ZDRAVSTVU HKSR Nužno je da se sustav upotpuni te da se uvrsti i djelatnost/usluge socijalnog rada. Uključivanje socijalnih radnika u sustav primarne zdravstvene zaštite u bitnome bi doprinijelo prevenciji životnih poteškoća pacijenata i njihovih obitelji, što je u skladu sa suvremenim standardima liječenja i propisima o osiguravanju kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite. Važnost socijalnog radnika kao dio palijativnog tima prepoznaje se u pružanju psihosocijalne pomoći i podrške pacijentu i njegovoj obitelji, komunikaciji i koordinaciji s ustanovama i udrugama od važnosti za pacijenta, pomoći u suradnji pacijenta i obitelj s LOM, CZSS, domovima socijalne skrbi i drugim ustanovama, pomoći po pitanju ostvarenja prava i usluga u sustavu socijalne skrbi, pomoći u pokretanju postupaka od značaja za pacijenta, pružanju psihosocijalnog savjetovanja, usmjeravanja, informiranja, podršci u stvaranju novih i mobiliziranju postojećih resursa, pomoći u rješavanju kriznih intervencija, te nizu drugih usluga. Iskustva u radu s pacijentima i njihovim obiteljima ukazuju da je uključivanje socijalnih radnika od velike pomoći u zaštiti mentalnog zdravlja pacijenata, djece u potrebi i riziku, te pacijenata koji imaju zakonske osnove za ostvarivanje prava i usluga u sustavu zdravstvene i socijalne skrbi, osobito u vrijeme pandemije covid 19 koja je doprinijela povećanju životnih poteškoća. Uključivanje socijalnih radnika utjecalo bi na poboljšanje kvalitete života pacijenata što je u skladu s definicijom zdravlja koja podrazumijeva fizičko, psihičko i socijalno blagostanje. Pružanjem usluga socijalnih radnika utjecalo bi se i na rasterećenje sustava primarne zdravstvene zaštite ali i socijalne skrbi. Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne smije izostaviti socijalne radnike koji svojim specifičnim znanjima i vještinama, kompetencijama i radnim iskustvom u području zdravstvene skrbi sudjeluju u procesu liječenja pacijenata, čiji je rad i primjena profesionalnih metoda u obliku preventivnog ili tretmanskog postupka u području zdravstva određen i Zakonom o djelatnosti socijalnog rada, koji su članovi multidisciplinarnih timova zdravstvenih ustanova u kojima rade, samostalno i/ili timski provode dijagnostičko-terapijske postupke i pružaju druge naplative usluge, te su aktivni u osnaživanju pacijenata i njihovih obitelji čime doprinose prevenciji bolesti i zaštiti zdravlja ljudi. Pored visokog stupnja obrazovanja dodatno se stručno usavršavaju, imaju odobrenje za samostalni rad (licencu) te su članovi Komore i time ujedno obvezni kontinuirano se educirati posebice u užem području svog rada, a poštujući pravila struke i važeće zakonske propise na kojima se temelji i ovaj komentar.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>13 Dora Kačer NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.

Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima

	akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.
<p>14 Dina Levačić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Kao edukacijska rehabilitatorica podržavam komentar Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te Komora i Društava naših srodnih djelatnosti (psihologa, socijalnih pedagoga i dr.). Predlažemo sljedeće dopune i izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kako bi se stručnjacima edukacijskim rehabilitatorima zaposlenima u sustavu zdravstva omogućila njihova pripadajuća prava. Visokoškolsko obrazovanje edukacijskih rehabilitatora uključuje niz kolegija iz područja temeljnih i kliničkih medicinskih znanosti, kao i kliničkih praksi, koje osposobljava edukacijske rehabilitatore koji djeluju u sustavu zdravstva u pružanju zdravstvene zaštite stanovništva te svoja stečena znanja i izlazne kompetencije koriste u procesu dijagnostike i liječenja (rehabilitacije). Djelovanje edukacijskih rehabilitatora u zdravstvu proizlazi iz temeljnih zadataka edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti koji se odnose na rano otkrivanje, edukacijsko-rehabilitacijsku dijagnostiku i procjenu, provođenje terapijskih i (re)habilitacijskih intervencija, savjetovanje i promicanje zdravlja, sve u cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. U okviru poimanja zdravstvene zaštite, ističemo kako se u aktualnom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022., edukacijski rehabilitatori navode kao izvršitelji čak 73 mjere zdravstvene zaštite i to pretežito na području dječje i adolescentske psihijatrije i zaštite mentalnog zdravlja. Osim toga, postoji niz mjera zdravstvene zaštite koje edukacijski rehabilitatori provode na području prevencije, dijagnostike i (re)habilitacije djece s neurorazvojnim čimbenicima i/ili simptomima, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom, gdje nisu navedeni kao izvršitelji ni kao suradnici. Nadalje, prema Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007., koja je još uvijek na snazi, edukacijsko-rehabilitacijska (prethodno defektološka) djelatnost razvrstava se u razred 86.90 Ostale djelatnosti zdravstvene zaštite. Edukacijski rehabilitatori djeluju na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti i očuvanja mentalnog zdravlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Možemo tako istaknuti da uz preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, osoba s invaliditetom i rizičnih skupina, na primarnoj razini, edukacijski rehabilitatori obavljaju zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju. Isto tako provode složenije mjere i postupke prevencije i dijagnosticiranja kao i ambulantnu rehabilitaciju na sekundarnoj razini. Edukacijski rehabilitatori sudjeluju u timskoj dijagnostici, liječenju, habilitaciji i rehabilitaciji pacijenata – djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika i simptomima, djece i odraslih osoba s</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

intelektualnim teškoćama, poremećajem iz spektra autizma, motoričkim teškoćama, teškoćama vizualnog funkcioniranja, teškoćama u učenju, višestrukim teškoćama i osobama s kroničnim bolestima. Prema svojim izlaznim kompetencijama neophodni su u dijagnostičkom procesu svih razvojnih teškoća prema MKB-10, kao što su intelektualne teškoće, ADHD i ostali poremećaji, poremećaj iz spektra autizma, razvojni poremećaj koordinacije, kao i rehabilitacijskom procesu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. U okviru procesa dijagnostike i liječenja, edukacijski rehabilitator obavlja zdravstvenu djelatnost kroz dijagnostičke i terapijske postupke i postupke medicinske rehabilitacije, a prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru nalazi se na razini 7.1.sv., u sektoru s psiholozima, logopedima i drugim socijalnim djelatnostima. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te premanačelu supsidijarnosti. Stoga predlažemo izmjene i dopunu sljedećih članaka: 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“, „edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti“ znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa, kliničkih psihologa, edukacijskih rehabilitatora, poglavito u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite mentalnog zdravlja sve u cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. 2. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Dopunu članka 30. stavka 2. na način da glasi: „Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske

(opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece; školske i adolescentne medicine u vidu preventivno odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata; javnog zdravstva; zdravstvene zaštite žena; dentalne zdravstvene zaštite; dentalnih laboratorija; higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite; medicine rada/medicine rada i sporta; zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti; logopedije; edukacijske rehabilitacije; patronažne zdravstvene zaštite; zdravstvene njege u kući; primaljske skrbi; fizikalne terapije; radne terapije; hitne medicine; sanitetskog prijevoza; palijativne skrbi; ljekarništva; radiološke dijagnostike; laboratorijske dijagnostike; telemedicine; zdravstvene ekologije; sanitarnog inženjerstva;“. 4. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ 5. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predložimo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predložimo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neuorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom.

15 **Dorotea Vrbanić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

16	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Od izrazitog je značaj da se prilikom ulaska u bilo koju zdravstvenu reformu vladajući posavjetuju sa strukom kroz njihove udruge i društva te da uvažavaju sve smislene prijedloge. Nažalost politička povijest RH je takva da se u velike reforme ulazi bez dosluha sa strukom te unatoč ovakih javnih savjetovanja se provedu zakoni koji nisu u skladu sa mišljenjima struke. Kao zdravstveni radnik mogu potvrditi da su problemni u našem sustavu mnogobrojni, da se gomilaju ne mjesecima, ne godinama već desetljećima. Nikakva ishitrena, ušminkana reforma (koju vode oni isiti koji su na rukovodećim pozicijama svih ovih godine uspjeli dovesti naše zdrastvo tamo gdje danas je) nas neće moći spasiti. Apeliram na vladajuće koji ovo čitaju da se zbog dobrobiti nacije, zdravlja pacijenata i zdravlja medicinskog osoblja ozbiljno posavjetuju sa svim nadležnim organizacijama, jer u suprotnome će stari liječnici otići u mirovinu, mladi će sve više odlaziti van, a oni koji ostaju u sustavu će raditi dok ne puknu od iznemoglosti, sve na teret onih najosjetljivih, bolesnih, bespomoćnih....</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
17	<p>Ana Perković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Poštovani, Molim vas pozitivnim zakonima omogućite i stimulirajte rad i ostanak liječnika u Hrvatskoj. Molim vas omogućite domovima zdravlja ugovaranje svih specijalističko/subspecijalističko konzilijarnih djelatnosti (uključujući i specijalističko/subspecijalističko konzilijarne djelatnosti za djecu) a nevezano uz mrežu javne zdravstvene zaštite (pogledajte liste čekanja). Hvala. Ana Perković</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

<p>18 Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Predlažem izmjenu postojećeg Zakona, u članku 169. Mijenja se stavak 1) koji glasi: (1) Pripravnički staž za zdravstvene radnike iz članka 168.stavka 2.ovog Zakona traje do godinu dana. Ministarstvo zdravstva i Vlada Republike Hrvatske dužni su osigurati početak obavljanja plaćenog pripravničkog staža najkasnije godinu dana od završetka školovanja." Naime, sada mnogi čekaju po 2-3 godine na staž, premali je broj kvota, tj.pripravničkih mjesta, čeka na staž po 2500-3000 ljudi, u mnogim zdravstvenim ustanovama ne poštuju se kriteriji za prijem koje je dopisom zdravstvenim ustanovama ove godine uputilo Ministarstvo zdravstva (da prednost imaju oni koji duže čekaju na staž, kraće su studirali, imaju bolji prosjek ocjena itd..). Osim toga, potpuno je degradirajući i ograničavajući uvjet da, ukoliko se netko želi prijaviti na natječaj za staž, mora biti na Zavodu za zapošljavanje barem jedan dan, a za staž kod pripravnika 6 mjeseci. Mnogi, čekajući uzaludno na staž, da bi preživjeli, rade u Konzumu, Lidlu, Boltu i sl, dakle van struke, pa onda daju otkaz ne bi li mogli pristupiti stažu, a onda ne dobiju staž.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>19 HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH BIOKEMIČARA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Hrvatska komora medicinskih biokemičara daje komentare i na odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti koje nisu predmet Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti: Članak 54. stavak 6. Hrvatska komora medicinskih biokemičara napominje da dva tima medicinsko-biokemijskog laboratorija ne mogu u istom prostoru obavljati privatnu praksu u smjenskom radu kao što to mogu dva tima neke druge zdravstvene djelatnosti u istoj ordinaciji. Rad dva ili više medicinsko-biokemijskih timova u istom prostoru moguće je organizirati samo kroz grupnu praksu koja je već regulirano člankom 59. stavkom 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Obavljanje medicinsko-biokemijske djelatnosti u smjenskom radu nije moguće zbog pravila dobre laboratorijske prakse i sigurnosti pacijenata. Svi ugovoreni pacijenti moraju dolaziti na vađenje krvi ujutro između 7.00 i 9.00 sati zbog toga što moraju biti natašte, za taj vremenski interval su izrađeni harmonizirani referentni intervali a za brojne pretrage postoje dnevne varijacije koje su klinički značajne. Uz to medicinsko-biokemijski laboratorij ima normative prostora i opreme koja se sastoji od brojnih uređaja/analizatora i složene informatičke mreže koji moraju biti zajednički svim timovima koji rade u istom prostoru. Kao grupna privatna praksa već rade medicinsko-biokemijski laboratoriji koji imaju ugovorena dva i više timova a i u domovima zdravlja postoje medicinsko-biokemijski laboratoriji koji u jutarnjoj smjeni rade s dva i više ugovorenih timova. Članak 147. stavak 3. U medicinsko-biokemijskom laboratoriju mora raditi</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

medicinski biokemičar (kao voditelja laboratorija) i to puno radno vrijeme obzirom da to zahtjeva proces rada u medicinsko-biokemijskom laboratoriju, standardi dobre laboratorijske prakse te Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti i Pravilnik o standardima i normativima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Stoga ova odredba u čl. 147. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti koja kaže da trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti ne mora imati zdravstvene radnike u radnom odnosu nije primjenjiva na medicinsko-biokemijski laboratorij u sklopu trgovačkog društva pa ju je potrebno dopuniti na način da medicinsko-biokemijski laboratorij bez obzira je li u sklopu trgovačkog društva, poliklinike, doma zdravlja ili bolnice mora imati zaposlenog medicinskog biokemičara. Postoji praksa da trgovačka društva osnivaju i medicinsko-biokemijske laboratorije koja nemaju Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti propisanog voditelja medicinskog biokemičara što ugrožava pouzdanost laboratorijskih nalaza i sigurnost pacijenata. Komora je dobivala prijave građana zbog nezakonitog i nestručnog rada takvih laboratorija te smo obvezni naglasiti da ne može medicinsko-biokemijski laboratorij u sklopu trgovačkih društava i zdravstvenih ustanova i privatnih praksi imati različite normative i kriterije za rad. Članak 151. Hrvatska komora medicinskih biokemičara smatra da kvaliteta zdravstvene zaštite i sigurnost pacijenata mora biti ujednačena te da zbog toga trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti treba ispunjavati iste uvjete prilikom osnivanja, kao i drugi organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti. Slijedom toga, predlažemo da se osnivači trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti ovim zakonom obvežu da su zahtjevu za ocjenu sukladnosti ugovora, odnosno izjave o osnivanju (uz dokaz o raspolaganju prostorom) dužni priložiti prethodno mišljenje nadležne komore o opravdanosti osnivanja trgovačkog društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Nema osnovanog razloga da druge zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici unutar i izvan mreže javne zdravstvene službe budu prilikom osnivanja u drugačijem položaju u odnosu na trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost. Osim toga, ovako bi se postigao jedinstven stručni nadzor nadležnih komora u otvaranju i radu ovakvih trgovačkih društava, a u konačnici i kvalitetnija zdravstvena zaštita pacijenata. S obzirom da su zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici i ovakva trgovačka društva gotovo identično regulirani, tako bi trebalo biti i u slučaju osnivanja trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost. Članak 257. točka 23. Treba navesti točan naziv pravilnika – Pravilnik o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti („Narodne novine“, br. 52/20.).

20	<p>Nediljko vojtković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Ovzim komentaram i mojim skromnim opservacijama i prijedlozima želim doprinijeti izradi što kvalitetnijeg i boljeg Nacrta Zakona o izmjenama i dopunama o zdravstvenoj zaštiti, a posebno Zakona o psihološkoj djelatnosti. Bolji zakon jest kvalitetnija zdravstvena zaštita, zdravije društvo i kvalitetniji život. Psihološka pomoć znači osjećaj brige društva za svakog svoga člana što već po tome znači osjećaj pomoći. Zato smatram da bi psihološku struku trebalo dići na novu razinu stvarajući mrežu psihološke pomoći kroz PZZ, druge razine institucija za zaštitu javnog zdravlja, preko obrazovnih ustanova od vrtića do škola. Doduše, možda bi u tom slučaju nešto manje profitirala farmaceutska industrija, ali bi zato društvo u cjelini sigurno bilo na dobitku. U današnjem atomiziranom svijetu, čega nije pošteđeno ni naše društvo, stanovništvo je sve starije sa sve više otuđenih samaca sa sve više zdravstvenih, egzistencijalnih i emocionalnih problema. Isto tako u današnjem svijetu sve većih negativnih utjecaja, i raznih iskušenja, rizičnih ponašanja, klimatskih promjena, pandemije, nasilja i rata, ugrožene egzistencije i sve raširenijeg siromaštva, djeca, adolescenti i mladi, taj tako dragocijeni i deficitarni resurs društva, nikada nisu bili potrebitiji psihološke pomoći i potpore kao danas. U ovakvoj konstelaciji, istiskivanj i, ne daj Bože, omalovažavanja ove struke činilo bi se kao programirana šteta, a ne rad i djelovanje za opće dobro. Iskreno se nadam da će oni koji rade na Nacrtu navedenog zakona biti savjesni i svjesni svoje odgovornosti za dobrobit cijelog našeg društva i naše domovine!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
21	<p>Dina Dežmar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao edukacijska rehabilitatorica zaposlena u sustavu zdravstva više godina, podržavam komentar Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te Komora i Društava naših srodnih djelatnosti (psihologa, socijalnih pedagoga i dr.). Predlažemo sljedeće dopune i izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kako bi se stručnjacima edukacijskim rehabilitatorima zaposlenima u sustavu zdravstva omogućila njihova pripadajuća prava. Visokoškolsko obrazovanje edukacijskih rehabilitatora uključuje niz kolegija iz područja temeljnih i kliničkih medicinskih znanosti, kao i kliničkih praksi, koje osposobljava edukacijske rehabilitatore koji djeluju u sustavu zdravstva u pružanju zdravstvene zaštite stanovništva te svoja stečena znanja i izlazne kompetencije koriste u procesu dijagnostike i liječenja (rehabilitacije). Djelovanje edukacijskih rehabilitatora u zdravstvu proizlazi iz temeljnih zadataka edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti koji se odnose na rano otkrivanje, edukacijsko-rehabilitacijsku dijagnostiku i procjenu, provođenje terapijskih i (re)habilitacijskih intervencija, savjetovanje i promicanje zdravlja, sve u</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. U okviru poimanja zdravstvene zaštite, ističemo kako se u aktualnom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022., edukacijski rehabilitatori navode kao izvršitelji čak 73 mjere zdravstvene zaštite i to pretežito na području dječje i adolescentske psihijatrije i zaštite mentalnog zdravlja. Osim toga, postoji niz mjera zdravstvene zaštite koje edukacijski rehabilitatori provode na području prevencije, dijagnostike i (re)habilitacije djece s neurorazvojnim čimbenicima i/ili simptomima, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom, gdje nisu navedeni kao izvršitelji ni kao suradnici. Nadalje, prema Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007., koja je još uvijek na snazi, edukacijsko-rehabilitacijska (prethodno defektološka) djelatnost razvrstava se u razred 86.90 Ostale djelatnosti zdravstvene zaštite. Edukacijski rehabilitatori djeluju na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti i očuvanja mentalnog zdravlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Možemo tako istaknuti da uz preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, osoba s invaliditetom i rizičnih skupina, na primarnoj razini, edukacijski rehabilitatori obavljaju zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju. Isto tako provode složenije mjere i postupke prevencije i dijagnosticiranja kao i ambulantnu rehabilitaciju na sekundarnoj razini. Edukacijski rehabilitatori sudjeluju u timskoj dijagnostici, liječenju, habilitaciji i rehabilitaciji pacijenata – djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika i simptomima, djece i odraslih osoba s intelektualnim teškoćama, poremećajem iz spektra autizma, motoričkim teškoćama, teškoćama vizualnog funkcioniranja, teškoćama u učenju, višestrukim teškoćama i osobama s kroničnim bolestima. Prema svojim izlaznim kompetencijama neophodni su u dijagnostičkom procesu svih razvojnih teškoća prema MKB-10, kao što su intelektualne teškoće, ADHD i ostali poremećaji, poremećaj iz spektra autizma, razvojni poremećaj koordinacije, kao i habilitacijskom procesu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. U okviru procesa dijagnostike i liječenja, edukacijski rehabilitator obavlja zdravstvenu djelatnost kroz dijagnostičke i terapijske postupke i postupke medicinske rehabilitacije, a prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru nalazi se na razini 7.1.sv., u sektoru s psiholozima, logopedima i drugim socijalnim djelatnostima. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Stoga predlažemo izmjene i dopunu

sljedećih članaka: 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“, „edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti“ znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa, kliničkih psihologa, edukacijskih rehabilitatora, poglavito u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite mentalnog zdravlja sve u cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. 2. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Dopunu članka 30. stavka 2. na način da glasi: „Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske (opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece; školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata; javnog zdravstva; zdravstvene zaštite žena; dentalne zdravstvene zaštite; dentalnih laboratorija; higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite; medicine rada/medicine rada i sporta; zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti; logopedije; edukacijske rehabilitacije; patronažne zdravstvene zaštite; zdravstvene njege u kući; primaljske skrbi; fizikalne terapije; radne terapije; hitne medicine; sanitetskog prijevoza; palijativne skrbi; ljekarništva; radiološke dijagnostike; laboratorijske dijagnostike; telemedicine; zdravstvene ekologije; sanitarnog inženjerstva;“. 4. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ 5. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”. Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski

rehabilitator u sustavu zdravstva predložimo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neuorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom.

22 **DORJA VOČANEC**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

PRIJEDLOG ČLANKA 12. važećeg ZZZ: U članku 12. iza stavka 3. dodaje se stavak 4. koji glasi: „(4) Savjet za zdravlje se najmanje dva puta godišnje sastaje s Nacionalnim zdravstvenim vijećem radi izvješćavanja o ostvarivanju prava, obveza, zadaća i ciljeva na području zdravstvene zaštite na području svoje jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i koordinacije aktivnosti u području zdravstvene zaštite.“ Članak 2. U članku 13. iza riječi: „dostupnosti“ dodaje se zarez i riječ: „kvaliteti“. **NOVI PRIJEDLOG ČLANKA:** U članku 13. iza riječi: „dostupnosti“ dodaje se zarez i riječ: „kvaliteti“ te ispred riječi: „integracije“ briše se riječ: „funkcionalne“. Briše se riječ funkcionalne jer je to samo jedan uski segment integracije. Integraciju razlikujemo prema: Širini – horizontalna, vertikalna Vrsti – funkcionalna, organizacijska, stručna, klinička Stupnju – povezanost, koordinacija, integracija Procesu – strukturalna, kulturalna, socijalna
Brisanjem riječi funkcionalna, stavljaju se sve vrste integracije kao načelo, a koje će biti detaljno opisane pravilnikom. **IZVORI:** WHO Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview. [Internet] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 Dostupno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/integrated-care-models-an-overview-2016> Članak 4. U članku 20. dodaje se oznaka stavka 1. Iz stavka 1. dodaje se stavak 2. koji glasi: „(2) Način i mjerila suradnje zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti kroz funkcionalnu integraciju, te način praćenja provedbe funkcionalne integracije pravilnikom propisuje ministar.“ **NOVI PRIJEDLOG ČLANKA:** U članku 20. ispred riječi: „integracije“ briše se riječ: „funkcionalne“ i dodaje se oznaka stavka 1. Iz stavka 1. dodaju se stavci 2. i 3. koji glase: „(2) Način i mjerila suradnje zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti kroz integraciju, te način praćenja provedbe integracije pravilnikom propisuje ministar.“ (3) Načelo integracije uključuje i suradnju zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti sa ustanovama socijalne skrbi prema modelu 24/7/365, posebice u području dugotrajne skrbi te skrbi za kompleksne pacijente. **Obrazloženje:** Opis načela u članku 20. je puno širi od funkcionalne integracije, odnosno uključuje i druge vrste integracije (vidi obrazloženje u tablici uz članak 13). U skladu s bio-psihosocijalnim modelom zdravlja, novela zakona prepoznaje da unutar sustava socijalne skrbi rade mnogi radnici

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

zdravstvenih struka te u okviru tog sustava pružaju mnogo zdravstvene skrbi, te jednako tako prepoznaje da unutar zdravstvenog sustava rade socijalni radnici koji u okviru tog sustava pružaju socijalnu skrb. Također, mnoge poslovne i kliničke odluke u zdravstvu neminovno se donose uzimajući u obzir pacijentove socijalne okolnosti, a primjer za to su planirani otpust, socijalna anamneza, socijalna rehabilitacija u sklopu liječenja teških kroničnih duševnih bolesti itd. Navedeni pojmovi, uključujući načelo integracije uvršteni su u NPRZ 2021-27 u Posebnom cilju 2 te odgovaraju zdravstvenoj i socijalnoj politici i strategijama EU i Svjetske banke.

Definicije: Dugotrajna skrb je spektar zdravstvenih i ne-zdravstvenih aktivnosti, namijenjenih osobama koje su zbog dobi, bolesti ili drugog stanja u riziku od značajnog i trajnog gubitka sposobnosti, kako bi mogle održati razinu funkcionalne sposobnosti u skladu sa svojim osnovnim pravima, temeljnim slobodama i ljudskim dostojanstvom. Kompleksni pacijent je pacijent koji trpi od stanja koja se međusobno pogoršavaju. Kompleksnost pacijenta čine medicinski, socioekonomski i/ili psihološki čimbenici specifični za osobu, koji ometaju pružanje uobičajene skrbi te odlučivanje u vezi bilo kojeg pacijentovog stanja. Model 24/7/365 odnosi se na osiguravanje cjelovite, kontinuirane i koordinirane skrbi u različitim okruženjima i od različitih pružatelja skrbi, za cijelog vremena trajanja potrebe.

Članak 15. stavak 10. NOVI PRIJEDLOG STAVKA (10) Mandat članova upravnog vijeća traje četiri godine, a ne može biti dulji od ukupno 2 mandata odnosno ukupno 8 godina. Članak 17. U članku 85. iza stavka 10. dodaje se stavak 11. koji glasi: „(11) Uz uvjete propisane stavcima 6. i 7. ovoga članka ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik mora imati završenu dodatnu edukaciju iz područja upravljanja u zdravstvu.“ NOVI PRIJEDLOG ČLANKA: U članku 85. stavku 1. iza riječi: „Ravnatelj“ dodaju se riječi: „uz pomoć članova Uprave zdravstvene ustanove“ Iza stavka 3. dodaje se stavak 4. koji glasi: „(4) Ravnatelj, zamjenik ravnatelja, te pomoćnici iz stavaka 2. i 3. ovog članka su članovi Uprave zdravstvene ustanove.“ Dosadašnji stavci 4. – 10. postaju stavci 5. – 11. Iza stavka 11. dodaju se stavci 12. i 13. koji glase: „(12) Uz uvjete propisane stavcima 6. i 7. ovoga članka, članovi Uprave zdravstvene ustanove moraju imati dodatne kompetencije iz područja upravljanja u zdravstvu. (13) Opseg kompetencija za pojedinu funkciju iz stavaka 2. i 3. ovog članka i vrstu zdravstvene ustanove pravilnikom propisuje ministar.“ Dodatni prijedlog: U stavku 11. iza riječi: „natječaja“ briše se riječ: „ponovno“ te se dodaju riječi: „još jednom“.

Obrazloženje: Jačanje upravljačkih kapaciteta zdravstvenih ustanova te formiranje kvalitetnijih upravljačkih timova zdravstvenih ustanova. Kompetencije su skup znanja i vještina koje osoba zna primijeniti u praksi, a podrazumijeva i pripadajuću samostalnost i odgovornost u radu. Propisivanje kompetencija stvara zahtjev za unapređenjem kvalitete edukacijskih programa iz područja upravljanja u zdravstvu te čini podlogu za njihovu evaluaciju, za razliku od bujanja količine i vrste tečajeva, diktiranog mogućnostima provoditelja

edukacije. PRIJEDLOG Članak 93. važećeg ZZZ: U članak 93. iza stavka 2. dodaje se stavak 3. koji glasi: „(3) Stručni kolegij osigurava koordinaciju i integraciju aktivnosti dugotrajne skrbi unutar doma zdravlja te s drugim dionicima u zdravstvenoj zaštiti, socijalnoj skrbi te pacijentima i njihovim njegovateljima.“ NOVI PRIJEDLOG ČLANKA: Članak 25. Članak 103. mijenja se i glasi: „(1) Dom zdravlja je nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. (2) Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege, dugotrajne skrbi te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti. (3) Dom zdravlja može obavljati zdravstvenu njegu u kući i fizikalnu terapiju u kući. (4) Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača. (5) Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka. (6) Dom zdravlja mora osigurati provođenje djelatnosti iz stavka 1. ovoga članka ako obavljanje tih djelatnosti sukladno mreži javne zdravstvene službe nije drukčije organizirano te mora osigurati provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite sukladno mreži javne zdravstvene službe zapošljavanjem ili sklapanjem ugovora o funkcionalnoj integraciji doma zdravlja poslovnoj suradnji s bolničkom ustanovom. (7) Dom zdravlja može ustrojiti i dispanzerske djelatnosti prema potrebama stanovnika na području doma zdravlja. (8) U okviru dispanzerske djelatnosti iz stavka 7. ovoga članka provode se sveobuhvatne mjere zdravstvene zaštite u zajednici koje uključuju prevenciju, liječenje, socijalno-medicinsku skrb te skrb za specifične potrebe pružanja zdravstvene zaštite stanovnika na određenom području. (9) Dom zdravlja može organizirati radne jedinice za obavljanje djelatnosti iz stavaka 1., 2. i 3. ovoga članka, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe. (10) Dom zdravlja može organizirati, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, radne jedinice za obavljanje pojedinih specijalističkih djelatnosti, ako to zahtijevaju posebne potrebe s obzirom na zdravstveno stanje stanovništva i kada bi pružanje zdravstvene zaštite u poliklinici ili bolnici otežavalo provođenje te zaštite. (11) Odluku o organiziranju radne jedinice iz stavka 10. ovoga članka donosi župan odnosno gradonačelnik Grada Zagreba, uz prethodno pribavljeno mišljenje Zavoda. (12) Dom zdravlja, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, osigurava koordinatore za kompleksne pacijente, uključujući palijativnu skrb koji povezuje i koordinira radom mobilnog palijativnog tima i svih drugih dionika u skrbi za kompleksne pacijente i palijativnoj skrbi u jedinici područne (regionalne)

samouprave odnosno Gradu Zagrebu (ordinacije, ustanove na primarnoj razini zdravstvene zaštite, bolničke zdravstvene ustanove, ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala, volonteri). (13) Uz koordinatora za kompleksne pacijente i palijativnu skrb iz stavka 12. ovoga članka dom zdravlja organizira mobilni palijativni tim sukladno standardima i normativima utvrđenim pravilnikom iz članka 76. stavka 6. ovoga Zakona, koji pruža specijalističku palijativnu skrb bolesniku u njegovu domu te pruža podršku obitelji na temelju cjelovitog i multidisciplinarnog pristupa. (14) Raspored i način rada koordinatora za kompleksne pacijente i palijativnu skrb i mobilnih palijativnih timova odlukom određuje župan odnosno gradonačelnik Grada Zagreba. (15) Na područjima sa specifičnim potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe u domu zdravlja mogu se organizirati i rodilište te stacionar za dijagnostiku i liječenje. (16) Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom obavljati djelatnost iz stavka 3. i 4. ovoga članka i u prostoru koji se nalazi na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima. (17) Ministarstvo na zahtjev doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje da su ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u prostoru iz stavka 16. ovoga članka, sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona. (18) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 17. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (19) Protiv rješenja iz stavka 17. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom. (20) Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima obavljati zdravstvenu djelatnost i u vozilu koje ispunjava uvjete sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona. (21) Ministarstvo na zahtjev doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u posebnom vozilu, sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona. (22) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 21. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (23) Protiv rješenja iz stavka 21. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor. (24) Dom zdravlja, radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite, može oformiti timove u kojima je uz liječnika zaposleno više medicinskih sestara i administratora, koji pokrivaju rad na više lokacija. (25) Dom zdravlja može organizirati sestrinske ordinacije i savjetovaništa za pružanje osnovne skrbi za određene kronične bolesti. (26) Dom zdravlja može organizirati farmakoterapijska savjetovaništa. (27) Dom zdravlja može organizirati provedbu aktivnosti za jačanje uloge i pružanje podrške neformalnim njegovateljima. Obrazloženje: U ruralnim, izoliranim i drugim lokacijama gdje je prisutan manjak liječnika, omogućiti da u ambulanti radi medicinska sestra bez

stalne prisutnosti liječnika, a liječnik nadzire rad i provodi konzultacije u više takvih ambulanti. Te timove dodatno ojačati administratorom.

Obrazloženje: Otvaranje sestrinskih savjetovališta (ili sestrinskih ambulanti) u kojima diplomirane medicinske sestre samostalno pružaju osnovnu skrb za određene kronične bolesti. Npr. hipertoničaru mjere tlak, savjetuju o higijensko-dijetetskim mjerama, educiraju, te savjetuju o pridržavanju terapije. Nadalje, vode sestrinsko savjetovalište za prevenciju (prim., sek. terc.) za kronične nezarazne bolesti, te naročito maligne bolesti (ca. kolona i ostalo iz nacionalnih programa).

Obrazloženje/Definicija: Farmakoterapijsko savjetovalište predstavlja novi model pružanja cjelovite skrbi unutar kojeg ambulantni ljekarnici u suradnji s liječnicima obiteljske medicine pružaju ljekarničku djelatnost upravljanja farmakoterapijom. To dovodi do postizanja boljih definiranih terapijskih ciljeva, pri čemu se pacijenti aktivno uključuju u svoje liječenje te započinju redovitije i preciznije koristiti svoju terapiju. Svrha Savjetovališta je pružiti cjelovitu, integriranu skrb usmjerenu na pacijenta omogućujući pritom dostupnost bolje zdravstvene zaštite, poboljšano zdravlje pacijenata te smanjenje i kontrolu troškova. Takvo savjetovalište već radi pri DZ Zagreb-Centar <https://dzz-centar.hr/savjetovalista/farmakoterapijsko-savjetovaliste/>

Obrazloženje/Definicija: Neformalni njegovatelj je osoba koja pruža skrb za člana ili članove svoje obitelji, prijatelje ili zajednicu. Može pružati redovitu ili povremenu skrb ili biti uključena u organiziranje skrbi koju pružaju drugi. Neformalni njegovatelji se razlikuju od pružatelja usluga u formalnom sustavu skrbi i najčešće pružaju neplaćenu skrb. SZO i Europska komisija naglašavaju važnost prepoznavanja neformalnih njegovatelja te organiziranja sustavne podrške za njih, s obzirom na sve veću ulogu koju imaju a koja je komplementarna zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj skrbi, posebice za kompleksne pacijente u dugotrajnoj skrbi. Pojedine zemlje (npr. Portugal) imaju poseban zakon o neformalnim njegovateljima.

Izvori: Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844> European Commission, A European Care Strategy for caregivers and care receivers. Available at: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382> Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society, 2021. European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>

PRIJEDLOG ČLANKA 115 važećeg ZZZ: U članku 115. iza stavka 3. dodaje se stavak 4. koji glasi: „(4) Specijalne bolnice se organiziraju u funkcionalne regije kroz umrežavanje s općim bolnicama i drugim zdravstvenim ustanovama prema gravitacijskom području pacijenata, a s obzirom na vrstu zdravstvenog problema ili dobnu skupinu koju zbrinjavaju.“ Obrazloženje: S obzirom na mjesta

otkud dolaze pacijenti koji se liječe u specijalnim bolnicama, specijalne bolnice pokrivaju veće regije od samih područnih jedinica u kojima su osnovane. Npr. u području psihijatrije postoji 5 specijalnih bolnica: Popovača – pokriva regiju od Vukovara do Zagreba, bolnica Sv. Ivan – Zagreb i središnja Hrvatska, bolnica Ugljan – Dalmacija do Dubrovnika, bolnice Rab i Lopača – Primorje, Istra. Psihijatrijska bolnica za djecu je samo jedna, u Zagrebu te je njezino gravitacijsko područje cijela RH. Pritom je potrebno umrežavanje specijalnih bolnica sa općim bolnica i drugih zdravstvenim ustanovama iz kojih pacijenti dolaze, kako bi se osigurala boja skrb te veća efektivnosti i efikasnost sustava (unaprijeđen menadžment i put pacijenta), sukladno načelima koja propisuje ovaj zakon. PRIJEDLOG ČLANKA 117 važećeg ZZZ: Iza članka 117. dodaje se članak 117.a koji glasi: „Članak 117.a Opća i specijalna bolnica osiguravaju zdravstvenu zaštitu prema modelu „bolnice bez zidova“ koji uključuje mobilnost djelatnika da u dijelu radnog vremena rade na različitim radilištima u zdravstvenim ustanovama na svim razinama djelatnosti i socijalnim ustanovama, kroz ugovore o poslovno-tehničkoj suradnji ustanova.“
 “**Obrazloženje/Definicija:** Bolnica bez zidova je koncept zdravstvene skrbi koji uključuje: - Ujednačena skrb pruža se bez obzira na okruženje: bolnica, starački dom, kućna skrb... - Brzo spuštanje na nižu razinu skrbi uz zadržavanje monitoringa - Zajednička platforma komunikacije među raznim okruženjima skrbi U skladu je s EU investicijskom politikom 21-27 koja ne financira bolnica per se već ulaganja u skrb u kući i zajednici te dugotrajnu skrb. Takav model je u praksi isproban i formaliziran pri Kliničkom zavodu za integriranu zdravstvenu skrb KBC-a Split i Kliničkom zavodu za integriranu i palijativnu skrb KBC-a Rijeka. PRIJEDLOG ČLANKA 146. važećeg ZZZ: U Članku 146. iza stavka 2. dodaje se stavak 3. koji glasi: „(3) Nacionalno zdravstveno vijeće se najmanje dvaput godišnje sastaje sa Savjetima za zdravlje jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba radi koordinacije aktivnosti u području zdravstvene zaštite.“
 “**Dosadašnji stavci 3. – 7. postaju stavci 4. – 8.** **Obrazloženje:** Jačanje uloga županije u organizaciji i koordinaciji zdravstvene zaštite na svom području i jačanje uloge NZV-a.

23 **Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske
 NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
 DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
 ZAŠTITI**

Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske iznosi prijedloge vezane za Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, koji se nalazi u postupku savjetovanja s javnošću od 19. listopada do 8. studenog 2022. godine: Smatramo da Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (dalje u tekstu: Nacrt prijedloga Zakona) vodi u dobrom smjeru. Između ostalog, podržavamo osnaživanje primarne zdravstvene zaštite i domova zdravlja, zadržavanje pravnih osobnosti zavoda za javno zdravstvo i zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave uz osnaživanje

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

uloge Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, zadržavanje mogućnosti da županije, gradovi i općine i nadalje mogu biti osnivači specijalnih bolnica, uvođenje radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prije specijalizacije, daljnje uređenje javno-privatnog rada, kao i, uz određene prijedloge za unaprjeđenje - uređenje određenih pitanja iz područja sprječavanja sukoba interesa te uvođenje edukacije za menadžment zdravstvenih ustanova. Prijenos osnivačkih prava općih bolnica sa županija na Republiku Hrvatsku, u trenutnim uvjetima poslovanja ovih bolnica razumljivo je, no samo po sebi neće donijeti dugoročno pozitivne rezultate, već je potrebno provesti i niz drugih mjera, kako bi to proizvelo dugoročne stabilne učinke. Istovremeno, nužno je urediti uvjete poslovanja odnosno utvrditi realnije cijene zdravstvene usluge, te u skladu s time, utvrditi odgovarajuće limite, a menadžmentu zdravstvenih ustanova pružiti adekvatne alate upravljanja tako da može više utjecati na uvjete poslovanja i upravljati istima. Glede pripajanja općih bolnica tako da na području županije bude samo jedna opća bolnica, smatramo da je u provedbi nužno osigurati da bolnice koje budu pripojene odnosno koje gube pravnu osobnost, pritom ne izgube na kvaliteti zdravstvene zaštite u pogledu prostora, opreme, provedbe i financiranja projekata, specijalizacija i dr. Prijedlog dopune članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Predlažemo dopuniti članak 103., stavak 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, tako da glasi: "Dom zdravlja je temeljni nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti." Prema Zakonu, dom zdravlja mora osigurati provođenje djelatnosti iz stavka 1. tog članka ako obavljanje tih djelatnosti sukladno mreži javne zdravstvene službe nije drukčije organizirano, a također, izmjenama i dopunama Zakona dobit će i dodatne obveze u smislu osiguravanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite i koordinacije zdravstvenih radnika u mreži na svojem području. Stoga temeljem obveza i zadaća doma zdravlja, predlažemo ponovno zakonom utvrditi da je dom zdravlja temeljni nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, kako je to bilo propisano Zakonom o zdravstvenoj zaštiti do izmjene iz 2018. godine. Drugim riječima, upravo predloženim odredbama ovog Zakona, dom zdravlja ponovno dobiva ulogu temeljnog nositelja primarne zdravstvene zaštite. Članak 24. Nacrta prijedloga Zakona Vezano za članak 24. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se u članku 102. briše stavak 3., koji propisuje da se na području Grada Zagreba osnivaju najmanje tri doma zdravlja, predlažemo sljedeće: Predlažemo ne brisati članak 102. stavak 3. Zakona odnosno zadržati mogućnost da i nadalje na području Grada Zagreba mogu biti osnovana tri doma zdravlja. Spajanjem/pripajanjem tri doma zdravlja koji trenutno djeluju u Gradu Zagrebu, stvorit će se pravna osoba s 2100 zaposlenika, na 139 lokacija. Pitanje je hoće li biti moguće iz jednog središta učinkovito i brzo upravljati tako dislociranom ustanovom i s tolikim brojem zaposlenika. Svaki dom zdravlja najbolje poznaje potrebe svojeg područja i specifičnosti organizacije zdravstvene zaštite na

istome te može promptno donositi odluke i provoditi ih, u cilju što efikasnije organizacije rada na dobrobit pacijenata i korisnika zdravstvene zaštite, a što će postati tromije objedinjavanjem velikog broja zaposlenika, koji su rasprostranjeni na velikom broju lokacija. Stoga predlažemo zadržati trenutno stanje. Prijedlog dopune članka 70. Zakona o zdravstvenoj zaštiti U članku 70., Zakona o zdravstvenoj zaštiti, predlažemo dodati: "Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske osniva Republika Hrvatska." Obzirom da je osnivač Doma zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske upravo Republika Hrvatska, navedena dopuna potrebna je radi usklađivanja sa stvarnim stanjem stvari, nomotehničkog ujednačavanja i preciziranja te povezivanja predložene zakonske odredbe sa zakonskom odredbom članka 26. stavka 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova ustanova je primarne zdravstvene zaštite osnovana od strane Republike Hrvatske davne 1953. godine. Članak 10. Nacrta prijedloga Zakona Vezano za članak 10. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se dodaje članak 39.c., stavak 2., koji glasi: "Turistička ambulanta se organizira izvan mreže javne zdravstvene službe", predlažemo sljedeće: Predlažemo dopuniti ovu odredbu na način da se omogući ugovaranje turističkih ambulanti s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, u svrhu izdavanja uputnica, recepata, otvaranja bolovanja, DTP-ova te provedbe sličnih radnji. Tek uz ugovor s osiguravateljem radi provedbe navedenih radnji, turistička ambulanta postaje u potpunosti funkcionalna. S obzirom da turističke ambulante trenutno ne mogu provoditi navedeno, velik broj turista ne dolazi u turističke ambulante, već zdravstvenu zaštitu traži u ugovornim subjektima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, u kojima je njihova zdravstvena iskaznica (hrvatska ili EU) prihvaćena i vrijedi, što dovodi do preopterećenosti rada ordinacija obiteljske medicine čime se otežava dostupnost pružanja zdravstvene zaštite turista i domaćeg stanovništva, a što sve u konačnici utječe na kvalitetu zdravstvene zaštite. Prijedlog dopune članaka 129. i 134. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Predlažemo dopunama članaka 129. i 134. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kao i drugih povezanih članaka, Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i zavodima za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, omogućiti obavljanje djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta. Navedeno predlažemo jer, imajući u vidu ostale djelatnosti i poslove koje obavljaju ovi zavodi, a osobito vezano za preventivne aktivnosti, promicanje zdravlja, poslove vezane za specifičnu zdravstvenu zaštitu i dr., prirodno je, kompatibilno i logično da obavljaju i djelatnost medicine rada/medicine rada i sporta. Zavodi za javno zdravstvo imaju razvijenu mrežu, te smatramo da bi omogućavanjem obavljanja i ove djelatnosti, došlo do daljnjeg razvoja djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, njenog približavanja stanovništvu te povećanja dostupnosti i kvalitete usluga iz ove djelatnosti, preventivnih programa i dr. Članak 15. Nacrta prijedloga Zakona Vezano za članak 15. Nacrta prijedloga Zakona,

kojim se mijenja članak 83., stavak 5., koji glasi: "(5) Iznimno od stavka 4. ovoga članka, upravno vijeće bolničke zdravstvene ustanove, zavoda za javno zdravstvo i zavoda za hitnu medicinu čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb ima sedam članova i čine ga predstavnici: – osnivača (predsjednik i tri člana) – Republike Hrvatske (jedan član) – radnika ustanove (dva člana).", predlažemo sljedeće: Predlažemo zadržati sadašnji sastav upravnih vijeća zavoda za javno zdravstvo čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb te zavoda za hitnu medicinu čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb. Povećanjem broja članova ovih upravnih vijeća dolazi do znatnog povećanja troškova rada upravnih vijeća, a koje troškove snose zdravstvene ustanove iz vlastitih sredstava (gotovo 2.300 eura). Također, dolazi i do povećanja administrativnih poslova vezanih za sjednice, povećanja količine materijala i sl. Mišljenja smo da predmetna upravna vijeća i uz sadašnji broj članova kvalitetno izvršavaju svoju ulogu. Ukoliko će ipak doći do povećanja broja članova ovih upravnih vijeća, predlažemo da se troškovi rada upravnih vijeća ne isplaćuju na teret sredstava zdravstvenih ustanova, već da se sredstva osiguraju iz drugih izvora. Članci 71. i 72. Nacrta prijedloga Zakona Vezano za članke 71. i 72. Nacrta prijedloga Zakona, kojima se predviđa rok od šest mjeseci od stupanja Zakona na snagu, dakle do 1. srpnja 2023. godine, za prelazak djelatnosti sanitetskog prijevoza iz domova zdravlja u zavode za hitnu medicinu, predlažemo sljedeće: Predlažemo da djelatnost sanitetskog prijevoza prijeđe iz domova zdravlja u zavode za hitnu medicinu do 1. siječnja 2024. godine, s obzirom na rokove za izradu i predaju financijskih izvještaja. Također, 1. srpnja bit će u tijeku turistička sezona i povećani opseg poslova, stoga predlažemo ovaj kompleksan proces provesti izvan tog perioda, radi neometanog pružanja zdravstvene zaštite za vrijeme povećanog opsega poslova. Članak 36. nacrta prijedloga Zakona Vezano za članak 36. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se mijenja članak 138. stavak 4., koji glasi: "Djelatnost sanitetskog prijevoza obuhvaća prijevoz bolesnika u svrhu pružanja zdravstvenih usluga vozilom za sanitetski prijevoz s propisanom medicinsko-tehničkom opremom za siguran prijevoz bolesnika.", predlažemo sljedeće: Predlažemo u opisu djelatnosti sanitetskog prijevoza navesti i da se osigurava zdravstvena skrb pacijentu prilikom prijevoza. Ukoliko se navede da se vrši samo prijevoz bolesnika, ne navodi se osnovna funkcija sanitetskog prijevoza u odnosu na redovni prijevoz, a to je skrb o bolesniku tijekom prijevoza. Članak 38. Nacrta prijedloga Zakona Vezano za članak 38. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se u članku 140. stavku 1. dodaje točka: "– može provoditi postupke zajedničke nabave opreme za potrebe zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba sukladno propisu kojim se uređuje javna nabava", predlažemo sljedeće: U navedenu točku predlažemo dodati i mogućnost zajedničke nabave vozila. S obzirom da je nabava vozila jedno od najvećih financijskih

opterećenja zavoda za hitnu medicinu, predlažemo omogućiti i zajedničku nabavu vozila, kako bi se postigli još značajniji financijski učinci. Članak 58. Nacrta prijedloga Zakona Vežano za članak 58. Nacrta prijedloga Zakona, kojim je predviđeno da će se Mreža hitne medicine i sanitetskog prijevoza donijeti u roku od jedne godine od dana stupanja na snagu Zakona, predlažemo da se Mreža hitne medicine i sanitetskog prijevoza donese u roku od 6 mjeseci od stupanja na snagu Zakona, radi što skorijeg uređenja ove Mreže, a radi povećanja kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite. Članak 17. Nacrta prijedloga Zakona Vežano za članak 17. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se u članku 85. iza stavka 10. dodaje stavak 11. koji glasi: „(11) Uz uvjete propisane stavcima 6. i 7. ovoga članka ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik mora imati završenu dodatnu edukaciju iz područja upravljanja u zdravstvu.“, podržavamo uređenje edukacije menadžmenta zdravstvenih ustanova, no uz dodatno uređenje ove odredbe. Predlažemo u stavak 11. dodati da edukacija mora biti odobrena od strane Ministarstva znanosti i obrazovanja. Predlažemo dodati novi stavak 12. kojim bi se propisalo da predmetnu edukaciju ne moraju imati osobe koje su barem jedan puni mandat odnosno barem četiri godine bile na mjestu ravnatelja zdravstvene ustanove ili državnog dužnosnika u sustavu zdravstva (ministar zdravstva, državni tajnik u Ministarstvu zdravstva, ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, njegov zamjenik i njegovi pomoćnici), a za mjesto zamjenika ravnatelja, da se pored navedenog iskustva, uvažava i iskustvo na mjestu zamjenika ravnatelja zdravstvene ustanove u gore navedenom trajanju. Mišljenja smo kako cilj ove odredbe nije upućivanje ravnatelja i zamjenika ravnatelja zdravstvenih ustanova, koji imaju potrebna znanja i iskustva s obzirom da su već određeno vrijeme obavljali poslove upravljanja na određenim funkcijama, na dodatne edukacije, već je cilj osobama bez iskustva na navedenim mjestima, pružiti znanja o zdravstvenom sustavu i vještine upravljanja. Članak 18. Nacrta prijedloga Zakona Vežano za članak 18. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se dodaje članak 85.a, u stavku 3., koji glasi: "(3) Ravnatelj zdravstvene iz stavka 1. ovoga članka smije za vrijeme mandata ravnatelja obavljati poslove iz zdravstvene djelatnosti u zdravstvenoj ustanovi u kojoj je ravnatelj sukladno ugovoru o radu i potrebama posla.", predlažemo sljedeće: Predlažemo iza riječi: "obavljati poslove iz zdravstvene", dodati: "i druge", tako da ravnatelj zdravstvene ustanove kojoj je osnivač Republika Hrvatska ili jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, smije za vrijeme mandata ravnatelja obavljati poslove iz zdravstvene i druge djelatnosti u zdravstvenoj ustanovi u kojoj je ravnatelj sukladno ugovoru o radu i potrebama posla. Iz prijedloga članka 18. proizlazi da samo ravnatelj koji je zdravstvene struke smije obavljati i druge poslove iz djelatnosti ustanove, budući da navedeni stavak implicira isključivo zdravstvenu djelatnost. Ravnatelji zdravstvenih ustanova ne moraju nužno biti zdravstveni radnici, međutim iz navedenog prijedloga članka 18. proizlazi da ukoliko su ravnatelji neke

druge struke, a ne zdravstvene, ne bi smjeli obavljati druge poslove iz djelatnosti zdravstvene ustanove. Na primjer, ako je ravnatelj ekonomist ili pravnik, ne bi mu bilo dozvoljeno da obavlja neke druge poslove u ustanovi, a koje se tiču njegove struke kao ekonomista ili pravnika. Na taj način dovode se ravnatelji, koji su drugih struka, a nisu zdravstvene struke, u neravnopravan položaj odnosno dolazi do njihove diskriminacije. Zakon o suzbijanju diskriminacije (NN 85/08, 112/12) u članku 1. propisuje da se diskriminacijom smatra stavljanje u nepovoljniji položaj bilo koje osobe, između ostalog, po osnovi obrazovanja, dok u članku 9. stavku 1. propisuje da je diskriminacija u svim oblicima zabranjena. Također, u članku 18. Nacrta prijedloga Zakona, predlažemo dodati stavak 4.: "(4) Zdravstvena ustanova može ravnatelju platiti edukaciju u zemlji i inozemstvu vezanu za obavljanje poslova ravnatelja i unaprjeđenje obavljanja poslova upravljanja u zdravstvu." S obzirom na ograničenja koja proizlaze iz Zakona o sprječavanju sukoba interesa, kao i, između ostalog, prijedlog uvođenja obvezne dodatne edukacije iz područja upravljanja u zdravstvu kao uvjeta za obavljanje poslova ravnatelja zdravstvenih ustanova, predlažemo dodati predmetnu odredbu. Članak 22. Nacrta prijedloga Zakona Vezano za članak 22. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se u članku 98. stavku 2. iza podstavka 2. dodaje novi podstavak 3. koji glasi: „- prava, obveze i odgovornosti ravnatelja i upravnog vijeća u vezi s financijskim poslovanjem u zdravstvenoj ustanovi u cilju zakonitog, namjenskog i svrhovitog korištenja financijskih sredstava“, predlažemo sljedeće: Predlažemo jasnije i konkretnije napisati ovu odredbu. Podržavamo propisivanje i reguliranje konkretnih obveza odgovornih osoba s ciljem unaprjeđenja financijskog poslovanja zdravstvenih ustanova. Međutim, u predmetnoj odredbi nije jasno o kojim odgovornostima je riječ – o materijalnoj odgovornosti, radno-pravnoj odgovornosti (u slučaju ravnatelja), prekršajnoj odgovornosti, odgovornosti koja proizlazi iz naravi mandatnih radnih mjesta i sl. Sve prethodno navedene odgovornosti moraju se propisati pozitivnim pravnim propisima, tj. ne mogu se ostaviti ustanovama za samostalno reguliranje. Takvo samostalno reguliranje statutima ustanova rezultiralo bi pravnim neusklađenostima između zdravstvenih ustanova. Osim toga, pravno je upitna mogućnosti zakonitog reguliranje određenih odgovornosti općim aktima pravne osobe. Stoga smatramo kako se predmetno pravno pravilo treba konkretizirati. Članak 85. trenutnog Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisuje kako je ravnatelj odgovoran za zakonitost rada, a u članku 88. propisuje razloge za razrješenje ravnatelja iz kojih se može zaključiti kako je ravnatelj već sada odgovoran za financijsko poslovanje zdravstvene ustanove. Stoga je nejasno o kakvoj je dodatnoj odgovornosti ravnatelja riječ u predmetnom članku 22. Nacrta prijedloga Zakona. Članak 43. Nacrta prijedloga Zakona Vezano za članak 43. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se u članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše točka te dodaje zarez i riječi: „a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog

iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.", predlažemo da se u provedbi omogućiti primjena ove odredbe u svim zdravstvenim ustanovama koje obavljaju djelatnosti primarne razine zdravstvene zaštite. Predlagali smo da predmetni rad traje dvije godine, ali s obzirom na okolnosti, trajanje od jedne godine je razumljivo. Prijedlog novog članka 40.a: Predlažemo dodati novi članak: "Zdravstvene ustanove koje koriste geotermalnu vodu kao prirodni činitelj liječenja, a radi korištenja iste na cjelovit, energetske učinkovit i svrsishodan način, mogu koristiti geotermalnu vodu i u druge svrhe te obavljati djelatnosti koje služe obavljanju tih svrha." Predlažemo dopunu Zakona o zdravstvenoj zaštiti koja bi podrazumijevala omogućavanje da zdravstvene ustanove koje koriste geotermalnu vodu za balneoterapiju i zdravstveni turizam mogu crpiti, odnosno iskorištavati geotermalnu vodu i u svrhu grijanja prostora i potrošne tople vode u kontekstu energetske učinkovitog, ekološkog te ekonomskog iskorištavanja prirodnih resursa, a što uključuje i djelatnosti funkciju kojih ustanova obavlja u kontekstu potpunog, cjelovitog i povijesnog iskorištavanja prirodnih resursa, što bi podrazumijevalo zadobivanje dozvole za istraživanje i eksploataciju u smislu kako propisuje Zakon o istraživanju i eksploataciji ugljikovodika. Obzirom da se u sklopu javnih poziva, odnosno natječaja, za obavljanje određene djelatnosti traži upis u sudski registar, predlažemo ovu dopunu kako bi se omogućila registracija zdravstvenih ustanova i za djelatnosti koje su potrebne za navedeno. Na ovaj način, također bi se zdravstvenim ustanovama omogućili i pozitivni financijski učinci. Prijedlog novog članka 40.b Predlažemo dodati novi članak kojim bi se ljekarne kojima je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave oslobodile obveze provođenja javne nabave radi daljnje prodaje/izdavanja/opskrbe. S obzirom na dužinu trajanja postupaka javne nabave, dovodi se u pitanje mogućnost pravovremenog osiguranja pacijentima potrebnih lijekova, pomagala i dr. Način pružanja zdravstvene zaštite država članica Europske unije, uređuju same države članice sukladno članku 168. stavku 7. Ugovora o funkcioniranju Europske unije, iz kojeg proizlazi da će se pri djelovanju Europske unije poštivati odluke članica u utvrđivanju njihove zdravstvene politike te organizaciji i pružanju zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite. Stoga predlažemo ljekarne kojima je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave, koje nisu u registru proračunskih ni izvanproračunskih korisnika, već svoje prihode ostvaruju na tržištu i djeluju pod gospodarskim uvjetima, a u cilju osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite, izuzeti od postupaka javne nabave radi daljnje prodaje/izdavanja/opskrbe, kako je to i kod ljekarni koje osnivaju druge pravne i fizičke osobe. Prekršajne odredbe vezane za članke Nacrta prijedloga Zakona, kojima su utvrđeni financijski iznosi kazni, predlažemo kazne za odgovorne osobe u zdravstvenim ustanovama utvrditi u manjim iznosima, razmjernima njihovim primanjima, s obzirom da su kazne utvrđene u nerazmjerno

visokim iznosima u odnosu na primanja. Također, u nastavku dostavljamo i dodatne prijedloge zdravstvenih ustanova – članica Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske: 1. Zavod za hitnu medicinu Osječko-baranjske županije Članak 1. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) iza članka 5. dodaje se članak 5. a koji glasi: „Članak 5. a Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“. Prijedlog: Kako se otvara mogućnost potrebe utvrđivanja što je iznimna situacija i tko od liječnika treba zatražiti hitnu pomoć, konstrukciju u zakonu bi trebalo precizirati ili izbaciti. Obrazloženje: Članak je u koliziji s člankom 18. Zakona o liječništvu (NN 121/03, 117/08) kojim je propisano: „U hitnim stanjima liječnik je dužan pružiti pomoć svakom bolesniku bez odlaganja, a ostale bolesnike dužan je primati prema stupnju medicinskog prioriteta, odnosno prema listi čekanja. Hitnim stanjima iz stavka 2. ovoga članka smatraju se ona stanja kod kojih bi zbog nepružanja liječničke pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje (invalidnost) ili po život bolesnika. Liječnik može odbiti pružanje liječničke pomoći osobi koja mu prijete ili je prema njemu, odnosno drugim zdravstvenim radnicima fizički agresivna, osim u hitnim stanjima. U slučaju iz stavka 4. ovoga članka liječnik je dužan osobi pružiti neophodnu hitnu liječničku pomoć ako mu je osigurana zaštita policije ili neki drugi oblik zaštite.“ Također je člankom 246. utvrđeno „Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.320,00 eura kaznit će se za prekršaj privatni zdravstveni radnik ako: 3. uskraćuje osobama prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada im je ona potrebna, osim kad im je pomoć potrebna zbog opasnosti od nastupanja trajne štetne posljedice za njihovo zdravlje ili za njihov život (članak 26. stavak 1. točka 4.)“ Navedeno je također neusklađeno s odredbama članka 5. a. U obrazloženju članka stoji „Uz članak 1. Uređuje se da je svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“ Obrazloženjem također nije navedeno koje su to iznimne situacije i tko treba zatražiti pružanje hitne medicinske pomoći. Članak 15. Članak 83. mijenja se i glasi: „... (8) Članovi upravnog vijeća moraju imati završen preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili specijalistički diplomski studij. (9) Uvjet iz stavka 8. ovoga članka ne odnosi se na člana upravnog vijeća kojeg imenuje radničko vijeće zdravstvene ustanove.“ Prijedlog: izmjene stavka 9. staviti iznimno da se ne odnose uvjeti iz stavka 8. ovog članka. Obrazloženje: U cilju kvalitetnije stručne strukture upravnog vijeća kojim bi se u sastav upravnog vijeća imenovali predstavnici sa stručnom spremom adekvatnijom potrebnim znanjima u upravljačkim funkcijama. Članak 38. Članak 140. mijenja se i glasi: Alineja „– utvrđuje opremljenost zavoda za hitnu medicinu jedinica područne

(regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba sukladno standardima i normativima te o tome jednom godišnje obavještava osnivače zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba“ Prijedlog: daje smjernice osnivačima zavoda za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za poboljšanje opremljenosti zavoda sukladno standardima. Obrazloženje: Ukoliko se osnivač od strane HZHM samo obavještava o opremljenosti bez da se daju smjernice o potrebitim poboljšanjima, gubi se smisao izvješćivanja. Alineja: „– koordinira i stručno usmjerava rad zdravstvenih ustanova koje obavljaju djelatnost hitne medicine“ Prijedlog: dodati i sanitetskog prijevoza Obrazloženje: Sanitetski prijevoz je također potrebno koordinirati i stručno usmjeravati rad zdravstvenih djelatnika. Alineja: „– koordinira, stručno usmjerava i prati kvalitetu rada u djelatnosti hitne medicine“ Prijedlog: dodati i sanitetskog prijevoza Obrazloženje: Djelatnost sanitetskog prijevoza je nužno koordinirati, stručno usmjeravati i pratiti kvalitetu rada, s posebnim osvrtom na korištenje sanitetskog prijevoza mimo zakonskih odredbi o pravima pacijenata. Alineja: „– prikuplja, analizira i objavljuje podatke iz djelatnosti hitne medicine i dostavlja ih Ministarstvu, Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i Zavodu“ Prijedlog: dodati i sanitetskog prijevoza Obrazloženje: Podaci o vrsti prijevoza, načinu korištenje, kao i liječnicima koji izdaju naloge za sanitetski prijevoz su nužni kako bi sustav funkcionirao na racionalnoj osnovi. Podatci mogu biti osnova za sustave kontrole i nadzora u djelatnosti sanitetskog prijevoza. Prijedlog: dodati alineju „Sudjeluje u analizi i utvrđivanju uvjeta zaključivanja ugovora s HZZO-om za obavljanje djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza“ Obrazloženje: Kako prilikom zaključivanja ugovora s HZZO-om, temeljem kojeg se ostvaruje osnova financiranja zavoda, zavodi nemaju uvida u strukturu ugovorene cijene, kao ni utjecaj na visinu ugovorenih cijena, podizanje (spuštanje) cijena ugovorenih timova, nego se ugovor određuje jednostrano (sve parametre utvrđuje HZZO), promjenom zakona je moguće utvrditi da ugovorne partnere „zastupa“ HZHM putem sudjelovanja u određivanju parametara ugovora. 2. Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije -čl. 11. , st.3. i 4. -redefinirati mogućnosti financiranja iz decentraliziranih sredstava (proširiti opseg) - čl. 18. - smatram da je u ovom članku nužno regulirati i sudjelovanje ravnatelja u radu županijskih skupština, gradskih vijeća, općinskih vijeća, upravnih vijeća i nadzornih odbora na načina da se ravnateljima to omogućiti uz pripadajuću naknadu i uvjet da ustanova koju zastupa ravnatelj nije u vlasništvu nekog od predstavničkih tijela u čijem radu ravnatelj sudjeluje. Ograničiti mogućnost rada na max. 4 pozicije. - čl. 83. - možda je vrijeme da se redefinira (poveća) i naknada za rad u Upravnom vijeću sukladno odgovornostima koje ta pozicija nosi 3. Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije Čl. 12. : Nejasno je što znači sudjelovanje radnika privatne prakse u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite. Čl. 25.: Stavak 2.- Prema kojim kriterijima je iz djelatnosti Doma zdravlja izuzet sanitetski prijevoz?

Stavak 5.- Dom zdravlja može koordinirati rad svojih zaposlenika, ali je nejasno kako može koordinirati rad nositelja privatnih ordinacija koji imaju ugovor samo sa HZZO-m, a koji imaju i svoje radnike.

Stavak 6.- Prijedlog je nedorečen jer bolnički liječnik koji će dio vremena raditi u Domu zdravlja opet neće obraditi pacijente koji bi dolazili u bolničku ambulantu, dakle broj obrađenih pacijenata se po prirodi stvari ne može povećati. Stavak 14.

Smatramo da raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih timova treba određivati ravnatelj ustanove. Čl. 33.: Obzirom da prijedlogu brisanja sanitetskog prijevoza iz djelatnosti domova zdravlja nije priloženo nikakvo obrazloženje ili analiza iz koje bi proizlazilo da će pružanje djelatnosti sanitetskog prijevoza izvan domova zdravlja omogućiti bolju, kvalitetniju, dostupniju zdravstvenu zaštitu te financijske uštede, predlažemo ne mijenjati trenutno stanje. Sanitetski prijevoz služi prvenstveno pacijentima ordinacija obiteljske medicine te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije.

Također, prema važećem pravilniku, sanitetski prijevoz ne vrši hitne prijevoze nego one koji su unaprijed naručeni od strane ordinacija ili bolnica. Čl. 43.: Smatramo da bi svaki liječnik tih godinu dana trebao odraditi upravo u ordinaciji obiteljske medicine, a ne općenito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kako bi shvatio način funkcioniranja cjelokupnog zdravstvenog sustava te upoznao svog pacijenta cjelovito i holistički. Čl. 50.: Smatramo da se bez prethodne pozitivne odluke osnivača ne može uputiti zahtjev ministarstvu za izdavanje rješenja o obavljanju privatne prakse. Čl. 62.: Smatramo da je nepotrebno ponovno ishoditi rješenje Ministarstva kako je to navedeno u stavku 4. jer se samo nastavlja dotadašnja djelatnost sukladno mreži i ugovoru sa HZZO-m. 4. Dom zdravlja Novalja

Članak 10. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se dodaje članak 39.c Izmijeniti stavak 2. članka 39.c. u smislu da se turističke ambulante organiziraju unutar mreže javne zdravstvene službe, odnosno da nositelji EKZO (plave) kartice imaju pravo na usluge pružene u turističkoj ambulanti u okviru dosadašnjeg pokrivača koje imaju nositelji EKZO kartice. Na taj način rješava se nekoliko problema koji se događaju tijekom ljetne sezone kod ugovorenih ordinacija: - Problem preopterećenosti ugovorenih ordinacija, koje su u obvezi prihvatiti nositelja EKZO kartice. U turističkim mjestima, tijekom ljetne sezone, u pravilu od 2 – 4 mjeseca, broj turista i nositelja EKZO kartice iznosi i do 10 puta više od stalnih osiguranika. Kako i na koji način da ugovorena ordinacija pruži zadovoljavajuću zdravstvenu uslugu uz 10 puta više osiguranika? -Problem dostupnosti zdravstvene zaštite / usluge za nositelje EKZO kartice. Da bi dobili zdravstvenu zaštitu / uslugu, nositelji EKZO kartice ponekad trebaju čekati i više dana, zbog velikog broja osiguranika koji čekaju na uslugu. - Problem dostupnosti zdravstvene zaštite / usluge za „redovne“ osiguranike. Da bi dobili zdravstvenu zaštitu / uslugu, „redovni“ osiguranici trebaju čekati i više dana, zbog velikog broja osiguranika koji čekaju na uslugu. Članak 24. nacrta prijedloga Zakona,

kojim se mijenja članak 102. stavak 4. Stavak 4. članka 102. ne treba mijenjati, ostaviti kao i do sada: „Jedinica područne (regionalne) samouprave može zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite osnovati dom zdravlja na otoku“. Ako su osnivači domova zdravlja županije, njima treba ostaviti mogućnost da same odrede broj domova zdravlja na svom području, jer će tako na najbolji mogući način njima upravljati. Treba imati na umu da nisu sve županije jednako razvijene, pa tako ni pojedina naselja unutar županija. Neki gradovi / općine pomažu domove zdravlja s većim iznosima nego što to rade županije. Lokalnoj samoupravi bitno je kakvu zdravstvenu zaštitu imaju njezini stanovnici, pa sukladno tome i pomažu domovima zdravlja. Iz dosadašnjih primjera okrupnjavanja javnih ustanova sigurno je samo, da će se povećati „administracija“ u središtu ustanove. Članak 25. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se mijenja članak 103. stavak 2. Odluku tko će upravljati sanitetskim prijevozom treba prepustiti osnivaču – županiji koja će odluku donijeti nakon detaljne analize pozitivnih i negativnih aspekata doma zdravlja i HMS. Članak 26. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se mijenja članak 104. Uzimajući u obzir stavak 2. članka 25. ovog nacrta i ovog članka (26.), za sanitetski prijevoz može se reći: -Domovi zdravlja nemaju pravo obavljati sanitetski prijevoz, a svi drugi, koji zadovoljavaju uvjete, mogu! Ako znamo da sanitetski prijevoz služi isključivo primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koji je smisao i svrha ovog članka? 5. Dom zdravlja Senj Dom zdravlja-Senj se ne slaže s člankom 102. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji govori o osnivanju jednog doma zdravlja na nivou Županije. Dom zdravlja-Senj pokriva 658 km² sa tri područne ambulate Sveti Juraj, Jablanac i Krasno smatramo da će biti puno teže upravljati iz dislocirane uprave. Smatramo da postojeći način upravljanja uz financijsku pomoć Grada Senja jako dobro zadovoljava pružanje zdravstven zaštite stanovnicima na području Grada Senja. Obzirom na geografski položaj grada i udaljenosti 70 km do Rijeke (Gospić 100 km, Ogulin 80 km) sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite obavlja se uglavnom u Rijeci, a HZZO priznaje naknadu putnih troškova do najbližeg mjesta a to je Rijeka (tako se i dijaliza obavlja u Rijeci). Ujedinjavanjem domova zdravlja ne bi bilo 5 ravnatelja, ali bi bio jedan ravnatelj i 5 voditelja ispostava tako da ne vidimo preveliku financijsku uštedu. Ujedinjavanjem domova zdravlja ne bi bilo 5 Upravnih vijeća već jedno, ali i to bi se moglo riješiti na način da naknada za članove Upravnih vijeća ne bude 700,00 kuna neto i predsjednika 900,00 kuna neto, čime proizlazi da je ista naknada za Upravno vijeće npr. u Domu zdravlja-Senj koji ima 50 zaposlenih i Županijski dom zdravlja PGZ koji ima cca 800 zaposlenih radnika. Zašto ne bi kao i u mnogim drugim javnim ustanovama naknada bila simbolična ili volontiranje. Posao Upravnog vijeća svodi se na održavanje jedne sjednice mjesečno gdje od strane ustanove dobiju gotove materijale, a financijsko poslovanje u 90% ostvaruje se potpisanim ugovorima sa HZZO. Uprava i računovodstvo Doma zdravlja-Senj zapošljava 4

nezdravstven djelatnika koji su bliže 60 godina, te koji bi bio radni status tih djelatnika. Financijsko poslovanje DZ Senj u odnosu na druge zdravstvene ustanove u LSŽ i RH je relativno dobro tako da smo u 2021. godini ostvarili manjak prihoda u iznosu od 14.000,00 kuna. Odgovorno tvrdim da će rukovođenje i financijsko poslovanje u slučaju ujedinjavanja domova zdravlja LSŽ za područje Grada Senja biti nepovoljnije a time lošija zdravstvena zaštita građana s područja Grada Senja. Nadam se da će se razmotriti svi navedeni argumenti i da Dom zdravlja-Senj kao i do sada ostane samostalna zdravstvena ustanova.

6. Zavod za javno zdravstvo Krapinsko-zagorske županije Smatramo da bi se sada kroz ovu izmjenu Zakona trebalo ugraditi i izuzetak ravnatelja zdravstvenih ustanova od primjene Zakona o sprječavanju sukoba interesa.

7. Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije

Članak 35. U stavku 1. i 2. novog članka 133.a. termin „rukovođenja“ odnosno termin „rukovoditi“ nisu prikladni, predložimo ih zamijeniti drugim terminima ili brisati. Postavlja se pitanje što podrazumijeva termin „rukovođenje“, da li u slučaju nastupanja posebnih okolnosti, kad koordiniranje i rukovođenje svim zavodima u RH preuzima HZJZ i nadalje ostaju ovlasti koje imaju ravnatelji i upravna vijeća županijskih zavoda za javno zdravstvo ili te ovlasti prestaju? Termin rukovođenja ne navodi se niti u sadašnjem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti niti u Zakonu o ustanovama, te je nejasno što on točno podrazumijeva. Zakon o ustanovama (NN 76/93, 29/97, 47/99, 35/08, 127/19) propisuje: - u članku 35. st.1.: „Ustanovom upravlja upravno vijeće ili drugo kolegijalno tijelo ako posebnim zakonom nije drugačije određeno.“ - u članku 37. st.1.: „Voditelj ustanove je ravnatelj, ako zakonom nije drugačije određeno.“ Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22)propisuje: - članak 83. st.1.: „Upravno vijeće upravlja zdravstvenom ustanovom. - članak 85.st.1. „Ravnatelj organizira i vodi poslovanje, predstavlja i zastupa zdravstvenu ustanovu i odgovoran je za zakonitost rada.“ Iz navedenog jasno proizlazi da važeći propisi koji se odnose na zdravstvene ustanove koriste termin upravljanja - za upravno vijeće odnosno termin organiziranja i vođenja rada i poslovanja ustanovom - za ravnatelja. Predlaže se termin „rukovođenja“ izmijeniti ili brisati, tako da HZJZ ima ulogu koordiniranja rada svih županijskih zavoda, što smatramo da je dovoljno definirano, tim više što u nastavku članka jasno stoji da su županijski zavodi obvezni postupati po naredbama HZJZ.

8. Zdravstvena ustanova Ljekarna Slavonski Brod Prijedlog izmjene čl. 62. Ovim putem ukazujem na problematiku primjene čl. 62. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti („prijedlog zakona“), jer u samom čl. 62. prijedloga zakona dolazi do kolizije prava i obveza ljekarničkih zdravstvenih ustanova, i to u st. 1. i st. 4. istoga članka, i to na način da se u čl. 62. st. 1. i u čl. 62. st. 4. prava i obveze ljekarničkih zdravstvenih ustanova u bitnome razlikuju, a što posljedično znači da je isti taj članak kontradiktoran samome sebi, a što rezultira pravnom nesigurnošću. Naime, u čl. 62. st. 1. prijedloga zakona se nalaže

obveza ljekarničkim zdravstvenim ustanovama da nastave s obavljanjem ljekarničke djelatnosti i to po vraćanju prostora i opreme, a koja ljekarnička zdravstvena ustanova nastavlja s obavljanjem ljekarničke djelatnosti, a što je u cijelosti ispravno jer se u stvarnosti radi o nekretninama u vlasništvu zdravstvenih ustanova. Za razliku od naprijed navedenog, čl. 62. st. 4. prijedloga zakona daje pravo ljekarničkoj zdravstvenoj ustanovi obavljati zdravstvenu djelatnost u prostoru koji je jasno naveden u čl. 62. st. 1. i to na temelju rješenja nadležnog Ministarstva. Dakle, jasna je problematika st. 1 i st. 4. istoga čl. 62., jer čl. 62. st. 1. daje ex lege obvezu ljekarničkoj zdravstvenoj djelatnosti da nastavlja s djelatnošću nakon što joj se vrati prostor i oprema, a u čl. 62. st. 4. se istoj toj ustanovi daje mogućnost i pravo da nastavi s obavljanjem djelatnosti i to na temelju rješenja nadležnog Ministarstva, a što je u cijelosti kontradiktorno, nelogično i u praksi neprovedivo i neizvedivo. Dakle, istim člankom u st. 1. je dana obveza ex lege odnosno na temelju zakona (čl. 62. st. 1.) ljekarnama da nastavljaju obavljati djelatnost u svom prostoru, što je i logično dok u st. 4. je dano pravo ljekarni da može (znači i ne mora) na temelju odluke nadležnog Ministarstva (čl. 62. st. 4.) nastaviti obavljati djelatnost. Dakle, ne može se istim zakonom, a još manje istim člankom, o jednom te istom pravu odnosno o jednoj te istoj obvezi uređivati na temelju različitih pravnih osnova jer opetovano st. 1 čl. 62. uređuje "na temelju zakona" dok st. 4. istog članka uređuje na temelju "odluke Ministarstva". Dakle, svaki pravni institut, osobito u pogledu obveza i prava mora biti jasno uređen i nedvojbjen. Dakle, u cilju uklanjanja i ispravljanja nejasnoća i dvojbi u čl. 62. prijedloga zakona, i da se uklone naprijed navedene kontradiktornosti jer se istima u stvarnosti osujećuju prava i obveze ljekarničkih zdravstvenih ustanova, uslijed čega se predlaže da se u prijedlogu zakona u čl. 62. jasno i decidirano propišu obveze ljekarničke zdravstvene ustanove na način da ista po sili zakona nastavlja s obavljanjem djelatnosti, a o čemu nadležno Ministarstvo deklaratorno donosi rješenje. Dakle, predlaže se da čl. 62. st. 4. glasi: "Dom zdravlja odnosno ljekarnička zdravstvena ustanova nastavlja obavljati zdravstvenu djelatnost u prostoru iz stavka 1. ovoga članka na temelju rješenja Ministarstva." Sadašnji čl. 62. prijedloga zakona je u kontradiktornost samome sebi, i to ne samo teorijski već je najveća problematika provođenja takve odredbe u praksi, jer je ista neprovediva uslijed čega postoji bojazan da ista ne samo da se neće moći provoditi, već će u provođenju jedne te iste odredbe jednog te istog zakona postojati različitosti i proturječnosti i to na način da ista ustanova na temelju iste odredbe ima prava i ima i obvezu nastaviti s obavljanjem djelatnosti, a što je nelogično i nemoguće da se ustanovi nameće istovremeno "obveza nastavljanja" i "pravo biranja nastavljanja" s obavljanjem djelatnosti jer to isključuje jedno drugo. Podsjeća se da je zakonska osnova uvijek jača pa se u tom duhu i predložila naprijed navedena izmjena. Dakle, u najboljem interesu svih zdravstvenih ustanova, te pravnoj sigurnosti građana i što dosljednijom primjenom

zakona i ostalih prisilnih propisa Republike Hrvatske, predlaže se da se usvoji ovaj prijedlog izmjena zakona na način kako je naprijed navedeno. 9. Ustanova za zdravstvenu njegu u kući Važeće odredbe: Članak 110. (1) Ustanova za zdravstvenu njegu jest zdravstvena ustanova koja provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika. (2) Ustanova iz stavka 1. ovoga članka može obavljati fizikalnu terapiju u kući. (3) Ustanova iz stavka 1. ovoga članka može sukladno izvješću patronažne sestre i prema nalogu doktora medicine privremeno stacionarno zbrinjavati bolesnike kojima je potrebna zdravstvena njega i rehabilitacija. Dopuna članka 110. (4) Ustanova iz stavka 1. ovoga članka u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, osigurava koordinatora palijativne skrbi koji povezuje i koordinira radom svih drugih dionika palijativne skrbi u jedinici područne (regionalne) samouprave odnosno Gradu Zagrebu (bolničke zdravstvene ustanove, ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala, volonteri). (5) Raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi odlukom određuje župan odnosno gradonačelnik Grada Zagreba. (6) Ustanova iz stavka 1. ovoga članka može provoditi radnu terapiju u kući. Obrazloženje: Za stavak 4. Dosadašnja organizacija provođenja koordiniranja palijativne skrbi u Gradu Zagrebu pokazala se manjkavom radi toga što je grad Zagreb specifičan u odnosu na ostale gradove u RH tj. ima tri doma zdravlja u kojima su smješteni koordinatori palijativne skrbi. Vrlo često dolazi do problema u „preuzimanju“ palijativnih pacijenata radi teritorijalne podjele sva tri doma zdravlja. Naime kvalitetnije rješenje za provođenje palijativne skrbi u gradu Zagrebu bilo bi kroz osnivanje Županijskog koordinacijskog centra za palijativnu skrb čijom uspostavom bi svi, potrebni za palijativnom skrbi, zvali jedan telefonski broj za cijeli Zagreb –a ne kao do sada jedan od tri doma zdravlja. Ključno je osnažiti upravljanje - uspostavom jedinstvenog call centra za cijelo područje grad Zagreba u Županijskom koordinacijskom centru koji bi bio lociran u Ustanovi za zdravstvenu njegu radi jednostavnijeg funkcioniranja upravljanja resursima palijativne skrbi koja se provodi u kući bolesnika. Kroz županijski koordinacijski centar ostvarilo bi se presudno povezivanje svih razina zdravstvene zaštite te suradnju više ustanova, intersektorsku suradnju i koordinaciju resursa na terenu. Za stavak 6. Radna terapija je zdravstvena djelatnost čiji je cilj omogućiti pojedincima i skupinama postizanje optimalnog funkcioniranja u aktivnostima dnevnog života koje uključuju samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme. (Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN 87/09) Grad Zagreb već dulji niz godina razvija usluge usmjerene na funkcionalnost u svakodnevnom životu i maksimalnu moguću neovisnost pojedinca, čime se pruža veći učinak od isključivo medicinskog modela skrbi (De Maeseneer, Boeckxstaens, 2012; EXPH, 2014) te smanjuju troškovi moguće institucionalizacije pojedinca (Rexe i sur, 2013). Projekt “Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući“ direktna je sljednica projekta “Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući: CrossCare” koji je uspješno proveden u periodu od

05.09.2018.-05.06.2020. godine, a u sklopu kojeg je Ustanova za zdravstvenu njegu u kući po prvi puta u Hrvatskoj osigurala stručnu intervenciju radnog terapeuta u domu korisnika, na način na koji su do sada bile osigurane usluge fizikalne terapije te medicinske njege. Ovime je Grad Zagreb uskladio usluge dostupne starijim osobama te osobama s invaliditetom sa uslugama dostupnim građanima drugih Europskih gradova. Radni terapeuti neophodan su dio ljudskih resursa u zdravstvu, što je naznačeno i u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., a što potvrđuju i istraživanja ekonomski i socijalno uspješnog i održivog zdravstvenog sustava („vrijednost za novac“), posebno kod limitiranih ekonomskih resursa. Naime, znanstveni dokazi, te sada i rezultati Interreg EU projekta “Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući: CrossCare” ukazuju da su radnoterapijske intervencije učinkovite nakon i u prevenciji ozljeda, te unaprijeđenju zdravstvenih učinaka u prevenciji padova, muskuloskeletalnih ozljeda i bolesti (29,8%), rehabilitacije moždanog udara (33,63%), respiratornoj rehabilitaciji, skrbi u domu korisnika te palijativnoj skrbi. Tijekom trajanja projekta CrossCare (IKT, 2020 - 4. periodično izvješće), radne terapeutkinje su u svojim intervencijama obuhvatile 649 pacijenata, osoba starije životne dobi i osoba s invaliditetom te pružile više od 5.000 radnoterapijskih intervencija u trajanju ne kraćem od 60 minuta, dvaput tjedno. Kako su u posljednja tri mjeseca nastupile posebne mjere uzrokovane epidemijom bolesti COVID-19, radne terapeutkinje su uobličile niz virtualnih sadržaja namijenjenih starijim osobama te osobama s invaliditetom i njihovim obiteljima. Ovo je segment koji je i biti će tražen sve više te je jedan od nadstandarda ovog nadstandarda i svakako će biti jedan od segmenata projekta u idućem vremenskom periodu osiguravajući dugoročnu održivost. 10. Nacionalna memorijalna bolnica „Dr. Juraj Njavro“, Vukovar Članak 29., Članak 53., Članak 65., Članak 67. Nacrta prijedloga Zakona Po članku 15. Zakona o ustanovama, osnivač imenuje privremenog ravnatelja ustanove, koji ima ovlasti pripremiti početak rada ustanove (ishoditi dozvole za početak rada i upisati ustanovu u sudski registar). Po čl. 71. st. 1. t. 5. ustanova prestaje pripajanjem drugoj ustanovi ili spajanjem s drugom ustanovom, dakle ako jedna ili obje opće bolnice prestaju sa radom i osniva se nova, to bi trebalo zakonom i propisati. Promatrajući sve ostale odredbe ZZZ-a ostaje dojam da nije cilj prestanak postojanja bolnica i osnivanje novih, kada bi imenovanje privremenih ravnatelja bilo opravdano, nego je namjera funkcionalna integracija postojećih bolnica, u kojem slučaju nema osnivanja nove ustanove (nego usuglašavanje i određena integracija postojećih), a u kojem slučaju je moguće bolja primjena čl. 44. Zakona o ustanovama kojim je predviđeno da će se u slučaju razrješenja ravnatelja imenovati vršitelj dužnosti do raspisivanja natječaja za izbor i imenovanje ravnatelja (koje mora biti u roku od 30 dana od imenovanja vršitelj dužnosti). Ovdje bi bilo potrebno propisati način razrješenja postojećih ravnatelja i imenovanje v.d. ravnatelja. Zaključno Sa 1.1.2023. stupaju na snagu izmjene i dopune ZZZ.

Počev od 1.1.2023. godine osnivači općih bolnica trebaju pokrenuti postupke usklađenja sa čl. 114. st. 4. ZZZ (jedna bolnica u županiji) i dovršiti taj proces do 31.12.2024. Međutim, 1.1.2024. bolnice mijenjaju osnivače (sa JPRS na RH), te potom u daljem roku od 3 mj. imenuju nova Upravna vijeća, pa privremene ravnatelje (što do imenovanja ravnatelja i usuglašavanja Statuta gotovo dovodi do 31.12.2024. g). Samim time posve je nelogično i nepoznato tko bi što trebao započeti i uopće kada raditi. 11. Opća bolnica Dubrovnik Stav Opće bolnice Dubrovnik i Stručnog vijeća Opće bolnice Dubrovnik je da Nacrt prijedloga izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti nije prihvatljiv. Ovim putem dostavljamo primjedbe na slijedeće članke iz Nacrta prijedloga Zakona: Gledajući Prijedlog Zakona o zdravstvenoj zaštiti, smatramo neefikasnim promjenu vlasničke strukture jer se prijašnje sanacije, odnosno prelazak Opće bolnice Dubrovnik u vlasništvo države u razdoblju od 2013.g do 2016.g nisu pokazale učinkovite u saniranju postojećeg dugovanja niti poboljšanja poslovanja Bolnice. Naime, Bolnica je u sanaciju ušla sa dugovanjem od 105,1 mil.kn a izlaskom iz sanacije i prilikom u vraćanja u vlasništvo lokalne samouprave imala 102,5 mil. kn duga. Članak 83. (5) Članove upravnog vijeća iz stavka 2. podstavka 1. ovoga članka imenuje osnivač na prijedlog ministra, članove upravnog vijeća iz stavka 3. podstavka 1. ovoga članka imenuje osnivač na prijedlog pročelnika upravnog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba nadležnog za zdravstvo, a člana upravnog vijeća iz stavka 4. podstavka 2. ovoga članka imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra. Primjedba: Vlada RH već ima svog predstavnika u Upravnom vijeću koji aktivno sudjeluje u radu Ustanove . OB Dubrovnik bolje funkcionira u okviru lokalne samouprave obzirom na zemljopisne karakteristike i specifičnosti koje iz tog položaja proizlaze i nisu zajedničke s drugim općim bolnicama u RH. S druge strane, OB Dubrovnik je od 2013.g do travnja 2016.g bila pod Sanacijskom upravom Ministarstva zdravstva i iz toga je izišla s dugom od 102,5 mil. kn duga koji nije saniran u tom razdoblju nego predstavlja teret i danas. Djelatnosti koje su razvijene u OB Dubrovnik nisu ekonomski opravdane ali su nužne zbog zadovoljavanja načela dostupnosti zdravstvene zaštite za žitelje Dubrovačko-neretvanske županije kao i stanovništva iz južne Hercegovine koje gravitira ovoj bolnici. Te djelatnosti (interventna kardiologija s napravljenih više od 400 interventnih zahvata, neurokirurgija, transfuzija, palijativna skrb) osiguravaju jednaku dostupnost zdravstvene zaštite stanovništvu Dubrovačko-neretvanske županije, na koju korisnici imaju pravo kao i u ostalim dijelovima RH u kojima je mreža zdravstvenih ustanova puno gušće organizirana. Također se mora naglasiti da je najbliži KBC udaljen više od 200 km od Dubrovnika te je isključena mogućnost poštivanja načela tzv. Zlatnog sata. Pridržavanjem isključivo načela ekonomičnosti djelatnosti zasigurno će dovesti do daljnjeg osipanja kadra i nesagledivih posljedica. Kadrovska problematika, manjak liječnika specijalista koji Uprava bolnice rješava bez pomoći Ministarstva

zdravstva i KBC-ova s kojima imamo loše iskustvo jer upravo Klinički bolnički centri (koji su u vlasništvu RH) Bolnici uzimaju specijalizante upućene od strane OB Dubrovnik na specijalističko usavršavanje što Bolnici generira nove troškove budući se specijalizanti ne vraćaju u OB Dubrovnik, te je ulaganje u njihovo specijalističko usavršavanje upitno. Jedini način na koji OB Dubrovnik može povratiti utrošena financijska sredstva su sudski sporovi koji opet generiraju nove troškove a Bolnica ostaje bez liječnika specijalista. Što se tiče eventualnih izmjena ustroja odjela u općim bolnicama koje bi bile nametnute primjenom izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a koje bi se temeljile na općim specijalnostima također možemo konstatirati da bi bile potpuno neprihvatljive za OB Dubrovnik. Naša bolnica, naime već desetljećima s puno truda i upornosti razvija uže specijalističke djelatnosti kroz dugogodišnje planiranje kadrova, opreme i prostora. Razvoj užih specijalnosti bio je nužno potreban i zbog dislociranosti naše bolnice od najbližih kliničkih centara što se ne odnosi samo na već spomenute projekte razvoja invazivne kardiologije i neurokirurgije, nego i na sve druge uže specijalističke odjele. Nakon višegodišnjih napora postigli smo zavidnu stručnu razinu subspecijalističkih usluga koje pružamo stanovništvu naše županije, okolnih područja kao i turistima. Subspecijalistički odjeli naše bolnice imaju snažno razvijenu polikliničko-konziljarnu i stacionarnu djelatnost, a većina tih odjela uz to posluje financijski iznimno uspješno i ostvaruje pozitivnu dobit za bolnicu. Vraćanje ustroja odjela na opće specijalnosti uzrokovalo bi višestruke nesagledive posljedice; (1) nezadovoljavajuću zdravstvenu uslugu stanovništvu koju bi morali potraživati u udaljenim centrima, a dugi niz godina je već ostvaruju u našoj bolnici, (2) ovakav preustroj bi doveo do dodatnog pritiska na liste čekanja u kliničkim centrima i za velik dio stanovništva bi praktično značio uskraćivanje prava na zdravstvenu zaštitu i svojevrsnu diskriminaciju u odnosu na ostalu populaciju u RH, (3) OB Dubrovnik kao samo akutna i opća bolnica, bila bi potpuno financijski neisplativa i neopravdana, neovisno u čijem je vlasništvu, (4) uvođenje novog modela ustroja odjela ne bi značilo i smanjivanje broja zaposlenih zdravstvenih djelatnika kojih sada već nedostaje u odnosu na stvarne potrebne, tj. takav model ne bi značio i financijske uštede u poslovanju (5) sve to neminovno bi dovelo do odljeva mladih liječnika u čiju edukaciju već godinama ulažemo puno truda i novca. OB Dubrovnik je uz to i nastavna baza Medicinskog fakulteta u Splitu i zdravstvenih studija Sveučilišta u Dubrovniku te ima akreditiranu Znanstveno-nastavnu jedinicu. Zaključno, u najavljenom kategorizaciji bolnica, argumentirano držimo da OB Dubrovnik, zaslužuje status Regionalne nastavne bolnice – kako zbog već postignute visoke razine specijalističkih i subspecijalističkih polikliničko-konziljarnih i stacionarnog zdravstvenih usluga, zbog razvijene nastavne i znanstvene djelatnosti, a posebno zbog svoje zemljopisne dislociranosti od većih kliničkih centara. OB Dubrovnik je jedina opća bolnica u našoj županiji čiji stanovnici, zbog prometne udaljenosti

pojedinih dijelova županije (otoci, dolina Neretve) već sada imaju problem ostvarivanja zakon zagarantirane zdravstvene zaštite pa je OB Dubrovnik je u suradnji s Dubrovačko-neretvanskom županijom osnovala svoje podružnice u Blatu (otok Korčula), Metkoviću (dnevna bolnica financirana sredstvima EU fondova) i Gruda (Konavle) da bi svi žitelji Dubrovačko-neretvanske županije imali jednaku dostupnost zdravstvene zaštite. Stoga je sasvim opravdano razmišljanje da svaki budući ustroj naše bolnice ne smije ići prema reduciranju njezinih stručnih i kadrovskih kapaciteta, nego dapače mora biti usmjeren daljnjem razvoju i postizanju statusa Regionalne bolnice. OB Dubrovnik je sa osnivačem Dubrovačko-neretvanskom županijom u stalnoj koordinaciji kako bi se osigurala kvaliteta zdravstvene zaštite te je napravljen ugovor o funkcionalnoj integraciji svih županijskih zdravstvenih ustanova kao i projekti stambenog zbrinjavanja zdravstvenih djelatnika, subvencioniranje stanarina zdravstvenim djelatnicima, uređenje i privođenje svrsi heliodroma koji je od velike važnosti za prijevoz vitalno ugroženih pacijenata uključujući novorođenčad i djecu. Prikazom unapređenja poslovanja OB Dubrovnik u razdoblju od 2019. - 2022. u vlasništvu lokalne samouprave, ilustrativno se može prikazati slijedećim pokazateljima: Tijekom 2019 godine prema podacima o bolničkom izvršenju za sve OB u R Hrvatskoj, prosječna stopa neizvršenja u odnosu na dodijeljene limite iznosila je 1.9% i te godine za OB Dubrovnik stopa neizvršenja u odnosu na spomenuti prosjek je bila 6.4% (znači skoro 3 puta veća). Provedenim aktivnostima bolničkog menadžmenta i uočenim manjkavostima u prikazivanju bolničke aktivnosti u procesu fakturiranja, te reorganizacijom procesa šifriranja poglavito stacionarnih epizoda liječenja rezultat OB Dubrovnik se poboljšava te korištenjem istog parametra, odnosno prosječne stope neizvršenja za sve OB koja je u 2020 iznosila 16.5% , dok je za OB Dubrovnik stopa neizvršenja bila 11.5 što je značajno niže u odnosu na rezultat iz 2019 u usporedbi s prosjekom mreže akutnih bolnica. Jednako tako, daljnji napredak se bilježi i tijekom 2021. godine, kada je stopa neizvršenja za sve OB iznosila 8.4% , dok je za OB Dubrovnik rezultat bio 6.4% , čime je ponovno ispod prosjeka u odnosu na neizvršenje mreže OB. Pozitivan trend nastavljen je i u 2022. godini te se očekuje da će bolnička aktivnost mjerena kriterijem ispunjenja limita biti postignuta. Ukoliko se promatraju prirodni pokazatelji bolničke aktivnosti u istom razdoblju onda se može zaključiti slijedeće: Tablica 1. Stacionarna aktivnost OB Dubrovnik (2019-2021) Ukupan broj epizoda liječenja Case mix (stupanj težine kliničke slike) Postotak pacijenata s teškom kliničkom slikom

2019	10705	0.95
2020	8271	1.05
2021	8917	1.18

18.55 Primjetan porast case mix-a (odnosno parametra) koji bilježi kumulativni efekt dijagnoza koje utječu na težinu kliničke slike pacijenta ukazuje ne samo na napredak OB Dubrovnik da optimalno prikaže svoju aktivnost, već i na zahtjevnost kliničkog stanja pacijenata koji gravitiraju OB Dubrovnik. Primjerice tijekom mjeseca siječnja 2021, case mix objavljen od strane HZZO-a (www.cezih.hr) za OB

Dubrovnik veći je od case mix-a objavljenog za KBC Split i KBC Sestara milosrdnica, te su samo dvije OB imale u istom periodu veći case mix. S obzirom da je OB Dubrovnik tek u 2022. godini stekla pravo da fakturira neurokirurške usluge, rezultat ustanove izražen preko parametra case mix-a, te udjela kirurških pacijenata bio bolji budući da su se računati za navedene usluge vraćali (nije ih bilo moguće fakturirati u neurokirurške skupine). Navedeni parametri odnose se samo na osiguranike HZZO-a, i ako bi se u kalkulacije uključile usluge pružene inozemnim pacijentima, onda bi ti pokazatelji bili još upečatljiviji. Unapređenje tehničke efikasnosti, odnosno troškovne učinkovitosti mjerene pokazateljem smanjenja troška liječenja za akutnog pacijenta na način da se 70% ukupnog troška ustanove podijeli s brojem liječenih pacijenata i njihovim casemix-om u navedenom razdoblju pokazatelj je posvećenosti bolničkog menadžmenta i svih djelatnika racionalnom korištenju bolničkih resursa uz održanje kvalitete i pristupa zdravstvenim uslugama (tijekom 2021 prosječno trajanje hospitalizacije je bilo 6.4 dana što je niže od prosjeka za čitavu Hrvatsku od 6.5 dana). Zemljopisna izdvojenost OB Dubrovnik, ovisnost o značajno većem broju vanjskih suradnika u odnosu na ostale bolnice, znatno utječu na troškovnu strukturu pruženih zdravstvenih usluga te bi uvođenje faktora prilagodbe iz spomenutih razloga u formulu plaćanja bolničkih usluga bio pozitivan pomak što bi bilo i u skladu s praksom razvijenih zdravstvenih sustava u kojima cijena usluge približno odgovara prosječnom trošku bolničkog proizvodnog procesa. Usporedba vlasničke strukture i rezultata poslovanja - sanacije kao izvor financiranja u 2021 god. 1. Odlukom Vlade R Hrvatske 29.7.2021. isplaćeno je ustanovama kojima je osnivač Republika Hrvatska 514.183.194,00 kn, a ustanovama kojima je osnivač županija 300.652.724,00 kn 2. Odlukom Vlade R Hrvatske od 22.7.2021. utvrđena je preraspodjela budžeta kojom su osigurana dodatna sredstva HZZO-u od 1.9 mlrd kn . Tablica 2. Dinamika upošljavanja u državnim i bolnicama u vlasništvu županija u razdoblju 2016-2021. 2016 2021 Razlika Povećanje % Državne Zdravstveni 17334 19645 2311 +13% Nezdravstveni 5638 5838 200 +3.5% Županijske OB Zdravstveni 13145 15001 1856 +14% Nezdravstveni 4322 4639 317 +7.4% Specijalne bolnice Zdravstveni 4141 4364 223 +5% Nezdravstveni 2555 2618 63 +2.5% Zaključak – bez obzira na strukturu vlasništva sve tri kategorije bolnica ujednačenom dinamikom su povećavale broj zaposlenika. Tablica 3. Obveze državnih i županijskih bolnica u 2021 god. Prihodi (mlrd) Rashodi (mlrd) Ukupne obveze 30.06.2021(mlrd) Porast obveza u odnosu na 2020 (%) Državne 4.5 5.8 7.11 22.11 Županijske 2.7 3.2 4.5 19.59 Specijalne 0.67 0.73 0.7 15.91 Zaključak – obveze državnih bolnica su značajno veće od bolnica u županijskom vlasništvu Komentar – Obveze prema HZZO-u za neizvršeni rad su rezultat neutemeljenih cijena prije svega DTS skupina i varijacija jedinične cijene koja nije bila rezultat nacionalnih troškovnih studija, već proizvoljno određenih vrijednosti. Ukoliko se pogleda struktura iznosa likvidiranog za

lijekove po pacijentu u državnim bolnicama onda se radi o iznosu od 2,595.00 kn po pacijentu i za materijale je likvidirano 2,701.00 kn po pacijentu. (Podatci za 2019 godinu-www.cezih.hr) Usporedbom istih podataka utvrđeno je da je za bolnice u županijskom vlasništvu likvidirano po pacijentu za lijekove 1,210.00 kn i za materijale 1,100.00 kn čime je upitna „pregovaračka uspješnost“ bolnica u državnom vlasništvu. (Podatci za 2019 godinu – www.cezih.hr) Isti podatci za 2021 godinu (siječanj-rujan 2021) prosječan trošak za lijekove po pacijentu u državnim bolnicama je 2,546.00 kn , za materijale 3,359.00 kn dok je trošak za lijekove po pacijentu u županijskim bolnicama 1,225.00 kn i za materijale 1,033.00 kn . U Općoj bolnici Dubrovnik u zadnjih dvije godine je napravljeno 410 dijagnostičkih koronarografija, 102 elektivne perkutane koronarne intervencije, 2 balonske valvuloplastike, 3 intervencije na perifernim arterijama, 4 postavljanja ECMO uređaja te 242 hitne procedure u sklopu akutnog koronarnog sindroma. S obzirom na prisutnost novog aparata za koronarne intervencije započeli smo raditi FFR i IVUS kao metode oslikavanja koronarnih žila tj. hemodinamske procjene važnosti stenozе. Sve navedene metode koje se rade u općoj bolnici Dubrovnik spadaju, po smjernicama i preporukama Europskog društva za kardiologiju, u osnovne metode koje se rade u općoj bolnici. Sve s ciljem pružanja akutne pomoći najugroženijom i statistički najbrojnijom skupinom bolesnika. U tablici niže je izvješće o utrošenim totalnim (kuk i koljeno) i parcijalnim endoprotezama (kuk) u O.B. Dubrovnik za period 2021/2022: 2021 Broj proteza Utrošak TEP 143 342.534,00 kn PEP 255 219.135,00 kn Ukupno 398 561.669,00 kn 2022 Broj proteza Utrošak TEP 168 384.547,00 kn PEP 156 132.195,00 kn 324 516.742,00 kn Ukupni trošak lijekova za 2021.godinu i razdoblje od 01. siječnja do 31. kolovoza 2022.godine: 89.756.614 kn Opća bolnica Dubrovnik je i do sada sudjelovala u postupcima Objedinjene javne nabave koja se provodila od strane MINISTARSTVA ZDRAVSTVA i obuhvaćala je samo nabavu lijekova (GENERIČKI LIJEKOVI i POSEBNO SKUPI LIJEKOVI), dok su u periodu od 2016. -2019 god. Zajedničku nabavu provodili: - KBC ZAGREB - KBC RIJEKA - KBC SPLIT - KB DUBRAVA - KBC SESTRE MILOSRDNICE, - KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI - HZZO U nastavku su navedeni svi postupci kojima su pristupili u zajedničku nabavu po provoditeljima te godini sklopljenih ugovora: Od 2016. godine do danas smo imali sklopljene ugovore po Okvirnim sporazumima, a temeljem provedenih postupaka javne nabave od strane Središnjih tijela za sljedeće nabavne kategorije: 1. DRENOVI – nabavu provodio KBC Sestre milosrdnice, ugovori sklopljeni 2017. i 2018. godine 2. ELEKTRIČNA ENERGIJA – nabavu provodio HZZO, ugovori sklopljeni 2016. i 2017. godine, te 2018. i 2019. godine 3. ELEKTROSTIMULATORI SRCA – nabavu provodio KBC ZAGREB, ugovori sklopljeni 2017. i 2018. godine 4. POTROŠNI MATERIJAL ZA ENDOSKOPIJU – nabavu provodio KBC ZAGREB, ugovori sklopljeni 2017. i 2018. godine 5. GIPS – nabavu provodio KBC Sestre milosrdnice, ugovori

sklopljeni 2016. i 2017. godine 6. UKAPLJENI
NAFTNI PLIN, LOŽ ULJE – nabavu provodio Klinika
za infektivne bolesti, ugovori sklopljeni 2016. i 2017.
godine 7. POTROŠNI MATERIJAL ZA
INTERVENCIJSKU KARDIOLOGIJU – nabavu
provodio KBC Sestre milosrdnice, ugovori sklopljeni
2016. i 2017. godine 8. KATETERI – nabavu
provodio KBC Sestre milosrdnice, ugovori sklopljeni
2017. i 2018. godine 9. POTROŠNI MATERIJAL ZA
ELEKTROKIRURGIJU I LAPARASKOPKE
INSTRUMENTE – nabavu provodio KBC ZAGREB,
ugovori sklopljeni 2017. i 2018. godine 10.
MEDICINSKI PLINOVI – nabavu provodio KB
MERKUR, ugovori sklopljeni 2016. i 2017. godine
11. POTROŠNI MATERIJAL ZA PLASTIČNU
KIRURGIJU – nabavu provodio KB DUBRAVA,
ugovori sklopljeni 2016. i 2017. godine 12.
POTROŠNI MATERIJAL ZA NEUROKIRURGIJU –
nabavu provodio KBC ZAGREB, ugovori sklopljeni
2017. i 2018. godine 13. POTROŠNI MATERIJAL
ZA OFTALMOLOGIJU – nabavu provodio KBC
ZAGREB, ugovori sklopljeni 2016. i 2017. godine, te
2018. i 2019. godine 14. POTROŠNI MATERIJAL
ZA PATOLOGIJU I CITOLOGIJU – nabavu provodio
KBC RIJEKA, ugovori sklopljeni 2017. i 2018. godine
15. POTROŠNI MATERIJAL ZA STERILIZACIJU –
nabavu provodio KB DUBRAVA, ugovori sklopljeni
2016. i 2017. godine 16. PREHRAMBENI
PROIZVODI – nabavu provodio KBC SPLIT, ugovori
sklopljeni 2016. i 2017. godine 17. PROIZVODI OD
NETKANOG MATERIJALA – nabavu provodio
Klinika za infektivne bolesti, ugovori sklopljeni 2016. i
2017. godine 18. RUKAVICE – nabavu provodio
KBC Sestre milosrdnice, ugovori sklopljeni 2016. i
2017. godine 19. SREDSTVA ZA ČIŠĆENJE I
ODRŽAVANJE – nabavu provodio KBC RIJEKA,
ugovori sklopljeni 2016. i 2017. godine 20.
STAKLENI, PLASTIČNI, METALNI I DRVENI
POTROŠNI MEDICINSKI MATERIJAL – nabavu
provodio KBC SPLIT, ugovori sklopljeni 2016. i 2017.
godine 21. VREĆICE I FILTERI ZA KRV – nabavu
provodio KBC RIJEKA, ugovori sklopljeni 2016. i
2017. godine 22. TELEFONSKE USLUGE - nabavu
provodio HZZO, ugovori sklopljeni 2016., 2017.,
2018., 2019., 2020., 2021., 2022. godine 23.
UREDSKI MATERIJAL - nabavu provodio HZZO,
ugovori sklopljeni 2017. i 2018. godine 24.
POTROŠNI MATERIJAL ZA CITOSTATSKI
POSTUPAK – nabavu provodio KBC ZAGREB,
ugovori sklopljeni 2017. i 2018. godine 25.
DEZINFICIJENSI I ANTISEPTICI - nabavu provodio
KBC RIJEKA, ugovori sklopljeni 2018. i 2019. godine
26. GENERIČKI LIJEKOVI – nabavu provodilo
Ministarstvo zdravstva, ugovori sklopljeni 2018.,
2019., 2020. i 2022. godine 27. POSEBNO SKUPI
LIJEKOVI - nabavu provodilo Ministarstvo zdravstva,
ugovor sklopljen 2019., 2021. i 2022. godine 28.
POŠTANSKE USLUGE - nabavu provodio HZZO,
ugovori sklopljeni 2018. i 2019. godine Za buduće
postupke ZAJEDNIČKE nabave, a koju namjerava
provoditi MINISTARSTVO ZDRAVSTVA, KBC
ZAGREB, KBC SESTRE MILOSRDNICE, KBC
RIJEKA, KBC OSIJEK, KBC SPLIT, KB DUBRAVA,
KB MERKUR, KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI
„DR. FRAN MIHALJEVIĆ“, KLINIKA ZA

ORTOPEDIJU LOVRAN, KLINIKA ZA DJEČJE BOLESTI ZAGREB, HZTM, HZJZ I HZZO prijavili smo se na ukupno 46 kategorija nabave od ukupno 51 ponuđene kategorije. Preostalih 5 kategorija se odnosi na nabavu materijala i usluga koje se ne vrše u OB Dubrovnik. OB Dubrovnik je do sada svake godine dobivala putem Županije iznos decentraliziranih sredstava za poboljšanje zdravstvene skrbi u iznosu od 8.6 mil. kn a prelaskom Bolnice u vlasništvo države ta sredstva su upitna te na taj način Bolnica gubi značajna sredstva. Sagledavajući sve gore navedeno, Opća bolnica Dubrovnik i Stručno vijeće Opće bolnice Dubrovnik smatra da Nacrt prijedloga izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti nije prihvatljiv.

24 **PETRA KNEŽEVIĆ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije

rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

25 **Sara Medved**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Hrvatski sabor dana 5. veljače 2021. donio je Nacionalnu razvojnu strategiju Republike Hrvatske do 2030. godine. U istoj se navodi kako je jedan od strateških ciljeva "sustav integracije preventivne medicine, kurativne medicine i ljekarničke skrbi s rehabilitacijom i palijativnom skrbi" te da će se intervencije koordinirati sa onima "koji podržavaju skrb u kući i zajednici, po modelu 24 dostupnosti kroz sve dane u godini". Mobilni psihijatrijski timovi predstavljaju upravo takvu intervenciju, a u razvijenim zemljama poznati su već duži niz godina te je njihova učinkovitost znatveno i dokazana (npr. u Cochrane-u još 2015...). Međutim, ovaj Prijedlog uopće ne uzima u obzir znanstvene spoznaje iz područja psihijatrije, iako se zna kako su duševne teškoće jedan od vodećih uzroka dizabiliteta u svijetu bez tendencije pada (upućujem na članak iz veljače 2022. u Lancetu). Bez daljnijeg razvoja psihijatrije i psihijatrijske skrbi ne možemo niti očekivati poboljšanje zdravstvene slike u Republici Hrvatskoj. Stoga smatram nužnim uvođenje novog članka u ovaj Zakon i definiranje mobilnog psihijatrijskog tima. Time bi se (napokon) potaknulo unaprjeđenje i modernizacija (također dva česta termina u Strategiji) naših usluga te bi (napokon) pacijent bio u središtu medicinske skrbi.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

26 **LEA KLEPAČ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza

studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl. +

27	<p>Andrijana Žderić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Rad i usluge koje pruža edukacijski rehabilitator u zdravstvu prelaze ulogu suradnika u zdravstvu te stoga predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te se na taj način omogući ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije u svrhu poboljšanja sustava zdravstvene zaštite i interesa djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. GI "Pomozimo djeci s invaliditetom"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
28	<p>Katarina Zgombić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći Iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK (http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

htjeli obavljati privatnu praksu. 2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obavezan je ministarstvu podnijeti: – ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika – dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti – dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda – dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno "pred izumiranjem" kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishođenja suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obavezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini

slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije. 4/ Ukidanje "kažnjavanja" specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos

Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona".

Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?! 5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja

Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“

Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti

odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.

6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje

Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona."

Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.

7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike

Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: "Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji."

Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka

230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi:
“Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka.”
Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak. Komentar na članak 1. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi:
“Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.”
Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to “iznimne situacije”? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači “izvan radnog mjesta”? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Komentar na članak 12. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati prijedlog

koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvedivo. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira. Komentar na članak 25. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na

navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i postaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??? Komentar na članak 43. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatni uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno

promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Komentar na članak 50. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Prije svega KoHOM ističe da ova odredba koja regulira prelazak domskih liječnika u privatnu praksu praktički ostaje bez ikakvog učinka, s obzirom na prijedlog za izmjenu članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se daje ovlast osnivačima domova zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite te na taj način onemogućiti bilo kojeg domskog liječnika u ostvarivanju svojih prava iz ovog članka zakona. Dakle, bez obzira, da li domski liječnik ima godinu dana staža (što je uvjet po postojećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) ili pet godina radnog staža po ovom prijedlogu, ishod u slučaju traženja prelaska u privatnu praksu će biti isti, negativan, iz jednostavnog razloga što domovi zdravlja više neće biti limitirani po broju timova u pojedinoj djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Izmjenom ove odredbe i odredbe članka 103. st. 4. liječnicima se ostavlja izbor, ili nastavak rad u domovima zdravlja ili odlazak u inozemstvo, a strahujemo da će potonja opcija biti sve učestalija. Brojke o mladim liječnicima koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja što će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. U prilog našim navodima iznosimo još jednom statističke podatke HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) Isto tako KoHOM predlaže dopuniti ovu odredbu novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“ Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i

ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.

- 29 **MELITA KLAÍĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
- U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se

<p>rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl</p> <p>30 IRIS PAVOŠEVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Kad će prestati neumjesni komentari ministra Beroša na račun obiteljskih liječnika? Hvala mu na motiviranju mene i mladih kolega da ostanemo u ovoj grani. Gdje je u prijedlogu novog zakona omogućavanje obiteljskom liječniku da daje preporuku za preventivnu kolonoskopiju, UZV srca, da na SVOJU preporuku izdaje Ciprofloksacin i još mnoge druge antibiotike, gdje je potreba za smanjivanjem lista čekanja, potreba i želja za smanjivanjem administrativnih poslova kojima se bave obiteljski liječnici i sestre, kako promijeniti mišljenje pacijenta koji dolazi kod obiteljskog liječnika po uputnicu za specijalistu (jer obiteljska je kvazi-specijalizacija, a u bolnici su pravi specijalisti), gdje je poštivanje struke, zna li ministar Beroš kako izgleda rad u obiteljskoj? Postoji li podcjenjenija grana medicine od obiteljske? Tko izdaje naredbu za hitnu intervenciju, da li će to biti opet kolege liječnici drugih specijalizacija koji su za vrijeme COVID-a davali naredbe obiteljskim liječnicima? Sramotno!!! Žalim mlade kolege i sebe iz VPŽ u kojoj ionako kronično fali obiteljskih liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>31 Anita Brandalik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI "Jačanje" primarne studentima/mladim liječnicima koji tamo ne žele biti, izjave da studenti s boljim prosjekom neće morati raditi u primarnoj, namjera da će obiteljski liječnici po potrebi na poziv (čiji ?) izlaziti na teren u slučaju hitnih stanja, kazne za nepravilno (po čijim mjerilima kad normativa nema) vođenje bolovanja i niz sličnih prijedloga su anti reforma. Ovo je degradacija i pljuvanje po jednoj struci koja ima svoju priznatu specijalizaciju i djelokrug rada. Tko ne shvati da je jaka primarna temelj zdravstvenog sustava i zdravstvene zaštite neće imati reformu nego dogledno urušavanje zdravstvenog sustava, od primarne pa na dalje kao domino-efekt. Ne znam ništa o neurokirurgiji, ali mi isto tako ne pada na pamet gurati svoju glavu u operacijsku salu i pametovati onima koji znaju raditi. Kadar, trebate ljude... da ih slušate i poštujete, a ne da ih tjerate iz struke ili Hrvatske.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>32 MAŠA MITROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti

relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

<p>33 Vlatka Hajdinjak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI čl5a brisati. Već je definirano Zakonom o lječništvu i brojnim drugi zakonima. Ovako kako je napisano iznimne sutacije se mogu tumačiti na štetu zdravstvenih radnika ali i korisnika. čl 3 - čl 16a brisati ili preformulirati. Kvaliteta u zdravstvu se osigurava točno određenim parametrima za čiju kontrolu je bila zadužena Agencija za kontrolu kvalitete u zdravstvu. Agencija je ukinuta i njene zadatke je preuzelo Ministarstvo zdravstva, te od tada nema nikakvih aktivnosti na području kontrole kvalitete u zdravstvu. čl.5. - u čl 22 - definirati rok za donošenje pravilnika čl9 - rok čl12 - brisati čl 2. Iznimne situacije nisu jasno definirane i kao takav člana podliježe tumačenjima na štetu zdravstvenih radnika ali i korisnika. Također nije definirano u kome vremenu bi se takav rad odvijao: da li izvan radnog vremena radnika ili u njihovom redovnom radnom vremenu. Nije mogući rad za drugog poslodavca u radno vrijeme kada je radnik na svom radnom mjestu. čl 18. - jasno definirati da li ravnatelj može obaljšati drugu djelatnost. čl 25 - radom palijativnih timova ne može koordinirati osoba na političkoj funkciji već to mora biti voditelj koji će biti upoznat sa svim ostalim zdravstvenim procesima koji između ostalog uključuju i palijativnu skrb. Palijativni timovi su u sastavu Domova zdravlja a ne županijskih uprava. čl 26 - ako sanitetski prijevoz mogu obavljati i druge zdravstvene ustanove - zašto se sanitetski prijevoz izdvaja iz DOMova zdravlja i pripajau Zavodima za HM? čl 33 - vidi prije čl 36 - sanitetski prijevoz? ako se može osnivati i u drugim ustanovama? čl 43. brisati uvjet rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Diploma završenog fakulteta mora biti dovoljan kvalifikacija za daljnje stručno usavršavanje kao što je aplikacija za natječaj za specijalizaciju. čl 63 - omogućiti zdravstvenom radniku prenos ordinacije na drugog zdravstvenog radnika</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>34 Ingrid Sarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Slijedom telefonskog poziva da na Vašu e-mail adresu dostavimo svoje primjedbe i prijedloge u svezi s najavljenim izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti, mi dolje potpisani liječnici obiteljske/opće medicine, željni stvarne i korijenite reforme zdravstva na dobrobit pacijenata i zdravstvenih djelatnika, predlažemo i apeliramo na sljedeće: - iz prijedloga zakona brisati odredbu po kojoj u izvanrednim situacijama možemo biti pozvani na rad izvan redovnog mjesta rada, jer uz opseg posla koji se samo povećava jedva stizemo uz nadljudske napore pokriti i svoja radilišta. - iz prijedloga zakona brisati odredbu po kojoj se privatni zdravstveni radnici po pozivnu nadležnih tijela i nadležnih domova zdravlja moraju odazvati na rad u posebnim ambulancama te radi osiguravanja pružanja kontinuirane zdravstvene zaštite, jer uz ovakav opseg posla koji mi radimo (a</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

uz to cijepimo, dežuramo u posebnim dežurstvima) mi jedva pokrivamo i svoje radilište - iz prijedloga zakona brisati odredbe o obveznom jednogodišnjem radu mladih liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prije dobivanja bolničke specijalizacije, jer takav prijedlog vodi iseljavanju mladih liječnika iz RH te padu kvalitete zdravstvene usluge na razini PZZ, pojačanom priljevu pacijenata na OHBP te povećavanju listi čekanja na dijagnostičke pretrage te specijalističke preglede u bolnici - iz prijedloga zakona brisati kaznene odredbe za liječnike kod utvrđenog neopravdanog bolovanja, jer često nikakvim nama dostupnim alatima ne možemo utvrditi subjektivne smetnje na koje se pacijent žali, a i liste čekanja na dijagnostičke pretrage i specijalističke preglede su iznimno duge. Zbog svega navedenog i mi smo potencijalne žrtve manipulacija od strane pacijenata te ne možemo biti odgovorni u takvim situacijama. Ukoliko lažira tegobe za isto odgovornost može snositi isključivo pacijent, a nikako njegov izabrani liječnik! - prepuštanje propisivanja i određivanja opsega zdravstvene njege u kući bolesnika patronažnoj službi, samostalno ili na prijedlog izabranog liječnika PZZ - prepuštanje prepisivanja/produžavanja kronične terapije ljekarnicima, uz uvjet da najmanje svakih 12 mj izabrani liječnik napravi kontrolni pregled i reviziju terapije - prepustiti prepisivanje/produžavanje ortopedskih pomagala ljekarnicima - omogućiti slanje recepata za narkotike i privatnih recepata na CEZIH u vidu e-recepata, bez potrebe za papirnatim izdavanjem istih - ukidanje obveze papirnatog vođenja knjige narkotika i nastavak vođenja iste isključivo u vidu e-knjige koja je sastavni dio svih naših programskih rješenja - izjednačavanje koeficijenta specijalista u PZZ s onima bolničkih specijalista - značajno podizanje iznosa hladnog pogona koji se isplaćuje domovima zdravlja i privatnim zdravstvenim radnicima, a u skladu s porastom troškova režima, rastom plaća i inflacijom u zemlji! - obavezno u standardni tim obiteljske medicine i pedijatrije uključiti dodatnu medicinsku sestru ili administratora - zakonski propisati obvezu poslodavaca da povlače e-doznake umjesto da iste printamo i pacijenti papirnatu nose poslodavcima - zakonski propisati obveznu HZJZ za spajanje na CEZIH, te povlačenje e-prijava zaraznih i malignih bolesti bez potrebe za printanjem i slanjem istih u HZJZ - zakonski propisati obvezu HZJZ za samostalnim provođenjem neobaveznih cijepjenja, a da onim liječnicima primarne zdravstvene zaštite koji se odluče da žele sami procijepiti svoje pacijente HZJZ ima zakonsku obvezu dostave cjepiva u ordinaciju izabranog liječnika - uvođenje zakonske obveze bolničkog specijalista koji indicira fizikalnu terapiju u kući bolesnika ili fizikalnu rehabilitaciju u toplicama da odmah za osiguranika napiše prijedlog LP HZZO-a za odobrenje navedenog - uvođenje zakonske obveze primarnim stomatolozima da samostalno vode bolovanja za svoje pacijente, a ne da ih vode izabrani obiteljski liječnici po preporuci stomatologa - uvođenje zakonske obaveze primarnim pedijatrima da umjesto preporuke za bolovanje roditelja radi njege djeteta (za što mi nemamo druge nego provoditi), primarni pedijatri

sami otvaraju i vode takva bolovanja roditelja, što se sigurno u programskim rješenjima može vrlo lako riješiti. - izuzeti putne naloge iz domene dužnosti i odgovornosti liječnika primarne zdravstvene zaštite i vratiti to u domenu HZZO-a koji jedini zna koja zdravstvena ustanova ima ugovorenu koju djelatnost, zna tumačiti ima li pacijent pravo na putni nalog radi skraćena liste čekanja, ima li adekvatnu preporuku za pregled/liječenje u udaljenijoj zdravstvenoj ustanovi i dr. - smanjenje standardnog tima obiteljske medicine ili uvođenje prava obiteljskih liječnika koji imaju preko 1700 pacijenata da mogu odbiti upisati nove pacijente, a uz uvjet da je pacijentu jednako dostupan liječnik koji ima manje od 1700 pacijenata ili drugi liječnik koji je pacijenta voljan primiti. Naime mnogi su timovi prenapregnuti i jedva izdržavaju dnevno opterećenje, a HZZO ih prisiljava da i dalje primaju nove pacijente do popunjenja tima (2125 pacijenata), dok istovremeno postoje drugi dostupni timovi obiteljske medicine sa znatno manjim brojem pacijenata i posljedično tome znatno manjim dnevnim opterećenjem. - omogućiti izabranim primarnim liječnicima da pacijente upućuju na laboratorijske pretrage u bilo koji primarni laboratorij, a ne nužno onaj "kojemu pripada" po mjestu rada izabranog obiteljskog liječnika. Sadašnja je situacija takva da bi pacijent primjerice na OGTT trebao ići u laboratorij udaljen 30 kilometara, jer živi na administrativnoj granici između dva primarna laboratorija i mora putovati u onaj značajno udaljeniji jer mu izabrani liječnik pripada tom laboratoriju. (npr. pacijent živi u Osijeku, a ima izabranog liječnika u Bilju koje je udaljeno 5.5 km od Osijeka, a na OGTT mora ići u laboratorij u Beli Manastir koji je od Osijeka udaljen 31 km) - omogućiti ordinacijama u privatnoj praksi apliciranje na specijalizacije iz obiteljske medicine financirane sredstvima EU fondova pod istim uvjetima kakve imaju domovi zdravlja

35	<p>Oskar Franjić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Potrebno je u PZZ/OM smanjiti/izbaciti administraciju (vođenje bolovanja, putni nalozi i sl.), smanjiti broj pacijenta po timu, kao i dnevno (pre)opterećenje, postaviti ispravne cijene DTP-a i priznati odrađeno. Svima omogućiti da rade SVOJ posao (neke i natjerati), a ne sve drugo. S druge strane, greške i nesposobnost u organiziranju i vođenju sustava se pokušava rješavati prisilom i kažnjavanjem onih koji rade. Što i ne čudi s obzirom na jasan omalovažavajući i sramotan stav ministra (i zdr. administracije) prema PZZ, osobito obiteljskoj medicini. KOHOM i dosta kolega iz PZZ su dali dobre i konkretne prijedloge, koji vjerojatno ni ovaj put neće biti uvaženi. Nažalost, slično vrijedi i za bolnički sustav, koji je financijski vjerojatno i znatno veći problem. Do sada nije riješena niti povezanost i vidljivost podataka u sustavu, ili neki "jednostavni" problemi, npr. u istom DZ-u (OBŽ) neki djelatnici dežuraju 3-4x godišnje, neki 12-13 puta, a ne neki drugi, veći problemi. Ali, eto, sve je to normalno. Pacijente treba educirati, upoznati ih sa svojim pravima i obvezama, ali moraju preuzeti i svoj dio odgovornosti. PZZ i OM moraju imati ravnopravan i priznat položaj u sustavu. Umjesto toga se omalovažava uz nametanje dodatnih poslova i aktivnosti, pa i ne čudi da se dobar dio PZZ-a osjeća iscrpljeno, diskriminirano i zlostavljano (od strane onih „koji brinu o nama“). Često se komentira i kao argument koristi sudjelovanje i „vođenje krize“ (od početka COVID-a), za koje (ako je kriza) nema razloga da ne sudjeluju svi jednako i ravnopravno, a obezvrjeđuje se uloga OM bez čijeg sudjelovanja od početka, (unatoč nejasnim uputama i preporukama) preuzimanja i odrađivanja najvećeg dijela poslova i pacijenata, od rješavanja krize ne bi bilo riješeno niti prvo slovo. I sada se želi dodatno opteretiti baš PZZ/OM. 2 prijedloga zakona koja ne djeluju dobronamjerno, korisno niti ravnopravno, koja teško mogu poslužiti popravljaju sustava, a eventualno mogu poslužiti za opravdavanje funkcije/postojanja predlagatelja (ili za skupljanje neke druge vrste bodova..).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
36	<p>Aleksandar Potkrajac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U potpunosti se slažem s kolegama i mislim da ovaj prijedlog dopuna i izmjena zakona o zdravstvenoj zaštiti neće donijeti željeni učinak nego upravo suprotno.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
37	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kako se navodi u Zakonu, Programom Vlade Republike Hrvatske 2020. - 2024., kao jedan od prioriteta i ciljeva utvrđen je održiv zdravstveni sustav. Dobra organiziranost zdravstvenih usluga, učinkovitost sustava i dostupnost svim građanima pod jednakim uvjetima, temelj je financijske</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

održivosti sustava koji zahtijeva modernizaciju. Jačanje otpornosti zdravstvenog sustava kako bi mogao adekvatno odgovoriti na izazove kroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti te osigurati pravičnu dostupnost skrbi svim stanovnicima Hrvatske utvrđeno je kao jedan od općih ciljeva u Nacionalnom planu za oporavak i otpornost, što je cilj koji svakako pozdravljamo. Navedeni opći cilj ujedno je sadržan i u Preporukama Vijeća Europske unije za Hrvatsku, Nacionalnom programu reformi za 2022., kao i u Nacionalnoj razvojnoj strategiji Republike Hrvatske do 2030. godine. U cilju dostizanja navedenog cilja, u NPOO se spominju ciljevi koji se odnose na razvoj telemedicine i medicinske robotike, unaprjeđenje učinkovitosti, kvalitete i dostupnosti zdravstvenog sustava, uvođenje novih modela skrbi za ključne zdravstvene izazove, uvođenje sustava strateškog upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu i osiguranje financijske održivosti zdravstvenog sustava, a sve u cilju osposobljavanja sustava za pravovremenu, odgovarajuću i učinkovitu skrb o pacijentima te dostizanja onih ishoda liječenja kakvi se postižu u razvijenim zemljama EU. Ovim putem pozdravljamo nastojanje da se kroz reorganizaciju zdravstvenog sustava njegovi nedostaci i slabosti uklone, međutim smatramo da je za donošenje reforme koja odgovara na potrebe građana nužno da se predložena rješenja ne svode na organizacijske promjene za koje nije pojašnjeno kako će doprinijeti zadanim ciljevima, prije svega onima koji se odnose na osiguranje prava na zdravlje, već je to potrebno činiti kroz osiguranje bolje dostupnosti zdravstvene usluge za sve građane i učinkovitiji sustav zdravstvene zaštite koji može zadovoljavajuće odgovoriti na potrebe stanovništva te prilagodbu hrvatskih bolnica suvremenim trendovima u medicini uz jačanje kontrole zdravstvene i financijske učinkovitosti, a kako bi se sustav učinio dugoročno održivim. Pri tome je nužno istaknuti da je javno savjetovanje u trajanju od 20 dana prekratko obzirom na važnost ovog zakona odnosno najavljivane reforme. Razmatrajući potrebna poboljšanja sustava zdravstvene zaštite koje bi reforma trebala adresirati ukazujemo na porast broja pritužbi građana pučkoj pravobraniteljici vezanih upravo uz ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i prava iz obveznog zdravstvenog, ali i dodatnog zdravstvenog osiguranja, koje nam ukazuju na brojne izazove s kojima se ovaj sustav suočava odnosno probleme s kojima se iz svoje perspektive suočavaju građani u pristupu pravu na zdravlje. Pri tome je, kao što smo već navodili i u izvješćima pučke pravobraniteljice, epidemija bolesti COVID-19 dodatno je razotkrila slabosti hrvatskog zdravstvenog sustava - od nedovoljnih smještajnih kapaciteta u bolnicama, nedostatnih smjernica, nedostataka opreme, pa do nedostatka zdravstvenog kadra i nedostatnih troškova vezano uz liječenja te ih je učinila još vidljivijima. Iz pritužbi vidimo da osjećaj nepravde, nemoći i nezadovoljstva vezano za pristup zdravstvenoj zaštiti naročito prati najosjetljivije društvene skupine, poput umirovljenika, nezaposlenih, osoba koje ne primaju plaću te pacijenata s teškim dijagnozama. Na probleme u sustavu zdravstva koje bi ova reforma trebala

adresirati ukazuju i medijski praćeni, ali ne i usamljeni slućajevi kao što je to smrt dječaka Gabrijele Bebića u Metkoviću, slućaj prekida trudnoće gđe Mirele Čavajda ili smrt novinara g. Vladimira Matijanaća. Problemi primarne zdravstvene zaštite, naroćito obiteljske medicine, iako su bili najvidljiviji tijekom epidemije COVID-19, prisutni su niz godina. U nekim dijelovima zemlje i dalje bilježimo manjak lijećnika, medicinskih sestara i nepopunjene ambulante, naroćito u ruralnim područjima i na otocima, te veoma visok prosjećan broj pacijenata po lijećniku (oko 1,700 ljudi). Istovremeno samoprijavljene nezadovoljene potrebe zbog zemljopisne udaljenosti veće su nego u bilo kojoj drugoj državi ćlanici, a samoprijavljene nezadovoljene potrebe meću starijim osobama veće su od prosjeka EU. Također, samoprijavljene nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi u Republici Hrvatskoj znaćajno su više u osoba nižeć ekonomskog statusa što ukazuje na nejednakost u pristupu skrbi koja je uvjetovana socio-ekonomskim poloćajem graćdana. Problem geografske dostupnosti naroćito je izraćen u ruralnim i otoćkim područjima u kojima dominira starije stanovništvo slabe mobilnosti. U kontekstu potresa, anketa o poloćaju ranjivih skupina u SMŽ, koju smo provodili s Koordinacijom humanitarca SMŽ pokazala je da ćak 37% ispitanika smatra kako im je zdravstvena zaštita nedostupna, a da ćak 67% ispitanika treba podršku za doći do lijećnika i bolnice. Nadalje, 54% ispitanika boluje od kroniće bolesti dok 51 % nema lako dostupne lijekove koji se ne izdaju na recept. Ono što im posebno otećava situaciju je udaljenost – prosjećna udaljenost do mjesta gdje se pruća zdravstvena zaštita je 8,3 km. 60% ispitanih navodi kako ima psihološke teškoće nakon potresa, poput poremećaja ravnoteće, iritabilnosti, emocionalne nestabilnosti, razdraćljivosti, napadaja panike s gušenjem, osjećaja gubitka kontrole i sl. te im je nućno osigurati prućanje kontinuiranu psihosocijalnu podršku. Analiza sadržaja ukupno 73 ćlanka Zakona ukazuje da se gotovo 40% predloćenih izmjena odnosi na tehniće norme koje se odnose na prekršajne te prijelazne i završne odredbe, a dio preostalih odredaba odnosi se i primjerice na djelatnost zdravstvenog turizma, što iako je područje koje valja zakonski urediti, nisu odredbe kojima se smjera adresirati ozbiljne probleme koji muće graćdane vezano za pristup zdravstvenoj zaštiti u RH. Rješenja koja se odnose na mećusobni odnos pojedinih javnozdravstvenih dionika te njihovu vertikalnu i horizontalnu strukturu nisu pojašnjena niti je ponućeno obrazloćenje o tome kako će predloćene promjene doprinijeti boljem i ućinkovitijem prućanju zdravstvene zaštite i poboljšanju ishoda lijećenja. Nisu nadalje niti ponućena konkretna rješenja koja bi se odnosila na popunjavanje Mreće javne zdravstvene slućbe i povećavanje udjela specijalista obiteljske medicine u ukupnom broju doktora ugovorenih u timovima obiteljske/opće medicine i osnaćivanje lijećnika primarne zdravstvene zaštite na koje se, prema NPOO želi usmjeriti obavljanje i do 80% slućajeva. Nema niti naznaka na koji naćin bi se pratili, a onda i poboljšali kao što znamo izuzetno vaćni - ishodi

liječenja. Primjećujemo da se obrazloženja pojedinih normi svode na prepričavanje njihova sadržaja, što nije u skladu s pravilima nomotehnike i Poslovníkom Hrvatskog sabora koji u članku 175. propisuje da se u obrazloženju zakona daju objašnjenja pojedinih odredbi koje sadrži prijedlog zakona. Prepričavanjem sadržaja zakonskih odredbi, a bez dodatnog pojašnjenja očekivanog učinka i smisla predložene norme onemogućava se informirani uvid u nova zakonska rješenja te otežava njihova buduća primjena. Stoga predlažemo doraditi obrazloženje na način da se njime doista i pojasne ponuđena zakonska rješenja kao i njihov učinak vezano uz ciljeve razvoja zdravstva. Smatramo da bi za stvarni prikaz učinaka predloženog Zakona trebalo priložiti i projekcije iz kojih bi bilo jasno vidljivo kako svaka od predloženih izmjena doprinosi ostvarivanju ciljeva razvoja zdravstva koji su definirani nacionalnim politikama. S obzirom da se u prijedlogu Zakona navodi da za njegovu provedbu neće biti potrebno osigurati dodatna financijska sredstva u Državnom proračunu Republike Hrvatske, nejasno je iz kojih će se sredstava pokriti troškovi koji proizlaze iz ustrojstvenih promjena pojedinih dionika sustava. Primjerice, spajanje domova zdravlja u jedinstveni županijski dom zdravlja sa sobom donosi dodatne troškove koji su vezani uz praktičnu provedbu spajanja (primjerice tiskanje i postavljanje novih ploča, izradu pečata, štambilja i obrazaca javnih isprava i dokumenata i sl.) Iste troškove prouzročiti će i spajanje bolnica, uspostava mobilnih ambulanti i mobilnih ljekarna, dodatne edukacije ravnatelja i zamjenika ravnatelja iz područja upravljanja u zdravstvu i drugo. Nadalje, zaštita i briga o mentalnom zdravlju, prije svega mladih i osoba starije životne dobi, također trebaju zauzeti značajno mjesto u reformi sustava zdravstvene zaštite, posebno imajući u vidu podatke o broju pokušaja samoubojstava među djecom i mladima u proteklih godinu dana. Kako je istaknuto na tematskoj sjednici Odbora za ravnopravnost spolova i Odbora za obitelj, mlade i sport Hrvatskog sabora održanoj u srpnju ove godine pod nazivom „Mentalno zdravlje djece i mladih“, čak 20% od ukupne populacije djece i mladih pati od narušenog mentalnog zdravlja, a od toga svega njih 20% prima pomoć i liječi se. Također, Zakon se ne osvrće na članak 206. kojim se propisuje da (viši) zdravstveni inspektor zaključkom imenuje stručnjake (zdravstvene radnike odgovarajućih djelatnosti) potrebne za obavljanje pojedinih stručnih radnji u vezi s inspekcijskim poslovima koji donose stručno mišljenje koje, ovisno o svojem sadržaju, može biti podloga za daljnje postupanje nadležnih tijela. Naime, Zakonom nisu propisani kriteriji prema kojima se odlučuje o načinu postupanja temeljem pritužbi na stručnost rada zdravstvenih radnika koje zaprimi zdravstvena inspekcija pa ona samo u pojedinim slučajevima (čini se uglavnom medijski eksponiranim) nakon obavljanja zdravstveno-inspekcijskog nadzora, temeljem čl. 206. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN broj 100/18, 125/19, 147/20), zaključkom imenuje gore navedene stručnjake koji donose stručno mišljenje o tijeku liječenja pacijenta, dok se temeljem većine ovakvih pritužbi, cjelokupna dokumentacija u

predmetima prosljeđuje Hrvatskoj liječničkoj komori radi donošenja stručnog mišljenja. Stoga smatramo da bi trebalo definirati kriterije prema kojima zdravstvena inspekcija postupa prema čl. 206. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i kriterije prema kojima pritužbe građana ustupa Hrvatskoj liječničkoj komori radi donošenja stručnog mišljenja. Dodatno, nejasna je situacija kada zdravstvena inspekcija postupi temeljem čl. 206. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i osnuje stručno povjerenstvo koje donese stručno mišljenje tijekom medicinskog zbrinjavanja određenog pacijenta koje se zajedno s cjelokupnom medicinskom dokumentacijom i zapisnikom o provedenom nadzoru prosljeđuje Hrvatskoj liječničkoj komori koja temeljem navedene dokumentacije donosi svoje stručno mišljenje. Tada nastaje situacija da Hrvatska liječnička komora zapravo donosi svoje stručno mišljenje na temelju stručnog mišljenja stručnog povjerenstva Ministarstva zdravstva iz čl. 206. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Kako pokazuju pritužbe koje zaprimamo, sveobuhvatna reforma trebala bi se pozabaviti i ulogom strukovnih komora u zdravstvu, vodeći računa o tome da je riječ o organizacijama koje su osnovane s ciljem zaštite prava, interesa i ugleda svojih članova i struke, a što nije nužno uvijek u skladu s ovlasti koja im je dodijeljena u cilju pružanja podrške pacijentima i zaštite njihovih prava kroz nadzor struke. Primjerice, upravo ovi problemi i svojevrsna podvojenost uloge komora došli su do izražaja i u medijski popraćenom slučaju smrti djeteta Gabrijela Bebića u Metkoviću. Sve navedeno ukazuje da je sustavu zdravstvene zaštite u RH potreba sveobuhvatna reforma kojom bi se kroz učinkovito rješavanje svih uočenih problema, a koji uključuju i položaj, uvjete rada i plaće liječnika u sustavu javnog zdravstva, čime bi se spriječilo njihov daljnji odlazak iz RH te kroz financijsku održivost sustava stvorili uvjeti za izgradnju dostupnog, funkcionalnog i učinkovitog javnog zdravstva čije je stvaranje najavljeno i kroz NPOO, a što ovaj Zakon, kao dio potrebne reforme, nažalost ne predstavlja u dovoljnoj mjeri. Dodatno, podsjećamo na preporuku koju smo, vezano uz zdravstvenu zaštitu, uputili Vladi Republike Hrvatske u Godišnjem izvješću pučke pravobraniteljice Hrvatskom saboru za 2020. godinu da se propiše koje je tijelo nadležno za obavljanje usluge smještaja pokojnika u rashladne komore te način, uvjeti, financiranje i nadzora pružanja navedene usluge. Isto tako, podsjećamo na preporuku koju smo u Godišnjem izvješću pučke pravobraniteljice Hrvatskom saboru za 2020. i 2021. g. uputili Ministarstvu zdravstva da se definira obveza zdravstvenih ustanova da o smrti u određenom roku obavijeste obitelj, što ovaj Zakon trenutno ne sadrži.

38 **Nevena Valić Marjanac**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao dugogodišnji ob liječnik, na selu i u gradu, podržavam prijedloge KOHOM-a i užasnuta sam novim prijedlozima, gdje se stup zdravstvene zaštite PZZ i OM kriminalizira kažnjavanjem i narušavanjem dugogodišnjeg procesa odnosa liječnik-pacijent.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

Mladi liječnik s fakulteta ima veliko znanje o medicini ali nema dovoljno praktičnog znanja oko zakona i pravilnika kojih se treba pridržavati prilikom administrativnih poslova za koje slijede kazne, te dok ih se ne upozna s tim ne mogu samostalno započeti raditi. - obaveza izlaska izvan radnog mjesta po pozivu radi pružanja hitne pomoći (vjerojatno kad dispečer hitne tako procijeni) - obaveza privatnih zdravstvenih radnika da po pozivu nadležnih tijela ili nadležnog DZ-a u iznimnim situacijama (?), ali i zbog osiguranja kontinuirane zdravstvene zaštite (sic!) radimo na radilištima na koja nas rasporede (OHBP, ispostave HMP, upražnjene PZZ amb.??)

*Napomena da OBŽ na eSavjetovanju traži jasno propisivanje iznosa kazne za priv. zdr. radnike koji se ne odazovu pozivu - kazne do 20.000 kn za bolovanja za koja kontrolori procijene da su neopravdano otvorena ili neopravdano dugo traju - kažnjavanje zdravstvenih ustanova i privatnih zdr. radnika ukoliko pacijentu ne pruže zdr. uslugu za koju su sklopili ugovor s HZZO-om (vrlo vrlo nejasno napisano i podložno različitim tumačenjima... Može li pacijent po tome zahtjevati bilo što bez obzira jel medicinski indicirano ili ne, a samo zato što je nešto po ugovoru naša obveza ??) - otežani odlazak u privatnu praksu za domske doktore - obaveza mladih liječnika da kao uvjet za dobivanje bolničke specke najmanje jednu godinu moraju raditi u pzz - dodatno opterećenje obiteljske medicine obavljanjem sistematskih pregleda Slijedom telefonskog poziva da na Vašu e-mail adresu dostavimo svoje primjedbe i prijedloge u svezi s najavljenim izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti, mi dolje potpisani liječnici obiteljske/opće medicine, željni stvarne i korijenite reforme zdravstva na dobrobit pacijenata i zdravstvenih djelatnika, predlažemo i apeliramo na sljedeće: - iz prijedloga zakona brisati odredbu po kojoj u izvanrednim situacijama možemo biti pozvani na rad izvan redovnog mjesta rada, jer uz opseg posla koji se samo povećava jedva stižemo uz nadljudske napore pokriti i svoja radilišta. - iz prijedloga zakona brisati odredbu po kojoj se privatni zdravstveni radnici po pozivnu nadležnih tijela i nadležnih domova zdravlja moraju odazvati na rad u posebnim ambulancama te radi osiguravanja pružanja kontinuirane zdravstvene zaštite, jer uz ovakav opseg posla koji mi radimo (a uz to cijepimo, dežuramo u posebnim dežurstvima) mi jedva pokrивamo i svoje radilište - iz prijedloga zakona brisati odredbe o obveznom jednogodišnjem radu mladih liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prije dobivanja bolničke specijalizacije, jer takav prijedlog vodi iseljavanju mladih liječnika iz RH te padu kvalitete zdravstvene usluge na razini PZZ, pojačanom priljevu pacijenata na OHBP te povećavanju listi čekanja na dijagnostičke pretrage te specijalističke preglede u bolnici - iz prijedloga zakona brisati kaznene odredbe za liječnike kod utvrđenog neopravdanog bolovanja, jer često nikakvim nama dostupnim alatima ne možemo utvrditi subjektivne smetnje na koje se pacijent žali, a i liste čekanja na dijagnostičke pretrage i specijalističke preglede su iznimno duge. Zbog svega navedenog i mi smo potencijalne žrtve

manipulacija od strane pacijenata te ne možemo biti odgovorni u takvim situacijama. Ukoliko lažira tegobe za isto odgovornost može snositi isključivo pacijent, a nikako njegov izabrani liječnik! - prepuštanje propisivanja i određivanja opsega zdravstvene njege u kući bolesnika patronažnoj službi, samostalno ili na prijedlog izabranog liječnika PZZ - prepuštanje prepisivanja/produžavanja kronične terapije ljekarnicima, uz uvjet da najmanje svakih 12 mj izabrani liječnik napravi kontrolni pregled i reviziju terapije - prepustiti prepisivanje/produžavanje ortopedskih pomagala ljekarnicima - omogućiti slanje recepata za narkotike i privatnih recepata na CEZIH u vidu e-recepata, bez potrebe za papirnatim izdavanjem istih - ukidanje obveze papirnato vođenja knjige narkotika i nastavak vođenja iste isključivo u vidu e-knjige koja je sastavni dio svih naših programskih rješenja - izjednačavanje koeficijenata specijalista u PZZ s onima bolničkih specijalista - značajno podizanje iznosa hladnog pogona koji se isplaćuje domovima zdravlja i privatnim zdravstvenim radnicima, a u skladu s porastom troškova režima, rastom plaća i inflacijom u zemlji! - obavezno u standardni tim obiteljske medicine i pedijatrije uključiti plaćanje dodatnog liječnika za vrijeme godišnjih odmora, a ne da se rade 2-3 ambulante - zakonski propisati obvezu poslodavaca da povlače e-doznake umjesto da iste printamo i pacijenti papirnatu nose poslodavcima - zakonski propisati obveznu HZJZ za spajanje na CEZIH, te povlačenje e-prijava zaraznih i malignih bolesti bez potrebe za printanjem i slanjem istih u HZJZ - zakonski propisati obvezu HZJZ za samostalnim provođenjem neobaveznih cijepljenja, a da onim liječnicima primarne zdravstvene zaštite koji se odluče da žele sami procijepiti svoje pacijente HZJZ ima zakonsku obvezu dostave cjepiva u ordinaciju izabranog liječnika - uvođenje zakonske obveze bolničkog specijalista koji indicira fizikalnu terapiju u kući bolesnika ili fizikalnu rehabilitaciju u toplicama da odmah za osiguranika napiše prijedlog LP HZZO-a za odobrenje navedenog - uvođenje zakonske obveze primarnim stomatolozima da samostalno vode bolovanja za svoje pacijente, a ne da ih vode izabrani obiteljski liječnici po preporuci stomatologa - uvođenje zakonske obaveze primarnim pedijatrima da umjesto preporuke za bolovanje roditelja radi njege djeteta (za što mi nemamo druge nego provoditi), primarni pedijatri sami otvaraju i vode takva bolovanja roditelja, što se sigurno u programskim rješenjima može vrlo lako riješiti. - izuzeti putne naloge iz domene dužnosti i odgovornosti liječnika primarne zdravstvene zaštite i vratiti to u domenu HZZO-a koji jedini zna koja zdravstvena ustanova ima ugovorenu koju djelatnost, zna tumačiti ima li pacijent pravo na putni nalog radi skraćanja liste čekanja, ima li adekvatnu preporuku za pregled/liječenje u udaljenijoj zdravstvenoj ustanovi i dr. - smanjenje standardnog tima obiteljske medicine ili uvođenje prava obiteljskih liječnika koji imaju preko 1700 pacijenata da mogu odbiti upisati nove pacijente, a uz uvjet da je pacijentu jednako dostupan liječnik koji ima manje od 1700 pacijenata ili drugi liječnik koji je pacijenta voljan primiti. Naime mnogi su timovi prenapregnuti i

jedva izdržavaju dnevno opterećenje, a HZZO ih prisiljava da i dalje primaju nove pacijente do popunjenja tima (2125 pacijenata), dok istovremeno postoje drugi dostupni timovi obiteljske medicine sa znatno manjim brojem pacijenata i posljedično tome znatno manjim dnevnim opterećenjem. - omogućiti izabranim primarnim liječnicima da pacijente upućuju na laboratorijske pretrage u bilo koji primarni laboratorij, a ne nužno onaj "kojemu pripada" po mjestu rada izabranog obiteljskog liječnika. Sadašnja je situacija takva da bi pacijent primjerice na OGTT trebao ići u laboratorij udaljen 30 kilometara, jer živi na administrativnoj granici između dva primarna laboratorija i mora putovati u onaj značajno udaljeniji jer mu izabrani liječnik pripada tom laboratoriju. (npr. pacijent živi u Osijeku, a ima izabranog liječnika u Bilju koje je udaljeno 5.5 km od Osijeka, a na OGTT mora ići u laboratorij u Beli Manastir koji je od Osijeka udaljen 31 km) - omogućiti ordinacijama u privatnoj praksi apliciranje na specijalizacije iz obiteljske medicine financirane sredstvima EU fondova pod istim uvjetima kakve imaju domovi zdravlja

39 **Inovativna farmaceutska inicijativa
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI**

Zdravstveni sustav je jedan od stupova društva i važan segment društvenog interesa s izravnim utjecajem na gospodarstvo i blagostanje nacije. Razvoj znanosti i tehnologije, posebice u posljednjih 20 godina, rezultirao je novim terapijskim opcijama koje su promijenile tijekove mnogih bolesti i učinile ih izlječivima ili pacijentima podnošljivima. Hrvatska bi trebala koristiti civilizacijske dosege razvijenog svijeta. Primjer zdravstva kojem težimo nam mogu biti razvijene zemlje zapadne Europe i ka takvim sustavima trebamo zdravstvo usmjeravati. Naime, Hrvatska za zdravstvo izdvaja 6,9 posto BDP-a, dok je u razvijenim EU zemljama taj postotak 10 ili više. Također, četiri godine zaostajemo za EU prosjekom u očekivanom trajanju života te bi nam s ovim stopama izdvajanja za zdravstvo trebalo 15 godina da dosegne EU prosjek od 82 godine. Reforma zdravstva ne smije se bazirati na uštedama koje mogu dovesti do ireverzibilnih problema s dalekosežnim posljedicama po zdravlje nacije nego na viziji. Zdravstveni sustav 2030. godine mora biti moderan i dostupan, funkcionalan i održiv, orijentiran na bolesnike i ishode liječenja. Svim dionicima je cilj da zdravstveni sustav bude uređen i da pacijenta u najkraćem mogućem roku dovede do pozitivnog ishoda. Kroz suradnju administracije i industrije, pacijenata i njihovih liječnika osigurava se pravi lijek u pravo vrijeme u pravoj dozi pravom pacijentu. Ultimativni cilj svakog pacijenta je što povoljniji ishod liječenja - izlječenje ili kvalitetan život s bolešću. Zdravstvo koje je orijentirano na postizanje najboljeg ishoda liječenja za pacijenta, bez obzira da li se radi o izlječenju ili kvalitetnom životu s bolesti, jest zdravstveni sustav u kojem se cijene stručnjaci i kvaliteta skrbi te zdravstveni sustav u kojem stručnjaci imaju priliku razvijati svoje vještine, raditi u centrima izvrsnosti i etablirati se na nacionalnoj i

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

međunarodnoj razini. Moderno zdravstvo podrazumijeva širok dijapazon dijagnostičkih i terapijskih opcija za liječnike koji na taj način imaju priliku napredovati i primjenjivati najnovija medicinska dostignuća u praksi. Radno okruženje koje je poticajno u svakom smislu; od bolnica „nove generacije“ do procesa, smjernica i procedura, tehnologija, te stručnih usavršavanja, čini i stručnjake zadovoljnijima, ali i kvalitetnijima u obavljanju svoga posla. Sadašnji sistem financiranja zdravstva iz plaća zaposlenih ne zadovoljava potrebe sustava i stoga treba naći nove modele financiranja iz poreznih prihoda. Također nam je potrebna akreditacija bolnica kako bi svaka bolnica bila certificirana za usluge koje pruža. Svi parcijalni zahvati koji ne vode ka sustavnom rješenju postojećih izazova, predstavljaju opasnost za pogoršanje ionako uzdrmanog zdravstvenog sustava. Moderna medicina počiva na inovacijama, a važan segment inovacija su lijekovi. Od iznimne je važnosti osigurati hrvatskim građanima i liječnicima ranu dostupnost novih tehnologija i povećati konkurentnost Hrvatske u privlačenju kliničkih ispitivanja. Ovo je generacijska prilika da reformiramo zdravstvo u sustav u kakvom se želimo liječiti mi, ali i naša djeca, koristeći najnovija civilizacijska dostignuća znanosti i tehnologije. Zdravstvo kao rijetko koja tema dotiče i ostavlja dubinski trag na sve građane u društvu i zaista zaslužuje poseban tretman.

40 **HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI**

DODATNI KOMENTARI I PRIMJEDBE HLK NA ODREDBE ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI KOJI NISU PREDMETOM UREĐIVANJA NACRTA PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Članak 11. Predlažemo da se u čl. 11. unese novi st. 5. koji bi glasio: „Jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb i jedinica lokalne samouprave osiguravaju sredstva u svrhu privlačenja zdravstvenih radnika za rad na svom području, a radi popunjavanja mreže javne zdravstvene službe.“

Dosadašnji st. 5.-9. postali bi st. 6. – 10. Članak 31. Ističemo da do današnjeg dana nije donesen pravilnik iz čl. 31. st. 4. ZZZ-a koji bi trebao uređivati kadrovske standarde za određivanje timova na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Navedeni pravilnik trebao je biti donesen do kraja lipnja 2019. te predlažemo požuriti njegovo donošenje. Unutar tog pravilnika predlažemo regulirati kadrovski sastav timova ovisno o opterećenosti odnosno broju osiguranih osoba u skrbi te regulirati uvođenje dodatne medicinske sestre u tim obiteljske (opće) medicine za skrb o kroničnim bolesnicima odnosno dodatnog zdravstvenog/ili nezdravstvenog radnika kao člana koji ulazi u kadrovski sastav tima. Smatramo da bi se kroz navedeni akt moglo regulirati i postupno smanjenje maksimalnog broja osiguranih osoba po izabranom liječniku. Sredstva za plaćanje dodatnog člana tima mogu se osigurati iz sredstava dopunskog osiguranja koja se prikupljaju u ordinacijama obiteljske medicine i ginekologije.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

HZZO bi jedino za djelatnost pedijatrije trebao osigurati dodatna sredstva. Članak 38.a. Predlažemo iza članka 38. uvrstiti novi članak 38.a. koji bi glasio: „Iznimno, od odredaba članka 38. ovog Zakona doktor medicine s važećim odobrenjem za samostalni rad u okviru izobrazbe određene tim odobrenjem, može samostalno i izvan mreže telekomunikacijskih centara obavljati djelatnost telemedicine pod uvjetima i na način propisan člankom 159. ovog Zakona.“ Članak 48. HLK predlaže da se u čl. 48. st. 1. doda rečenica koja bi glasila: „Zdravstveni radnik koji nije doktor medicine ili doktor dentalne medicine, a obavlja samostalno privatnu praksu u medicinskom laboratoriju može samostalno izraditi i izdati samo analitički dio laboratorijskog nalaza.“ Članak 50.a. Predlažemo iza čl. 50. ZZZ dodati novi čl. 50.a. koji će uređivati mogućnost prenošenja prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika, kako slijedi: Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obavezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor. Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurala kontinuiranost zdravstvene zaštite te bi se dodatno motiviralo liječnike na ulaganje u medicinsko-tehničko opremu i znanje. Članak 59. Predlažemo da se Ministarstvo zdravstva jasno odredi oko instituta grupne privatne prakse i donošenja posebnog pravilnika koji će urediti standarde, odnosno uvjete za njeno osnivanje. Naime, grupna privatna praksa uvedena je u zdravstveni sustav Republike Hrvatske još Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. Od donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. bilo je predviđeno kako će se uvjeti za osnivanje grupne privatne prakse propisati posebnim pravilnikom od strane ministra nadležnog za zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. Identična odredba bila je sadržana i u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. Navedeni pravilnici nikad nisu doneseni. Važeći ZZZ iz 2018. u čl. 59.

propisuje da će se standardi za osnivanje grupe privatne prakse propisati posebnim pravilnikom od strane ministra nadležnog za zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. Navedeni pravilnik također do današnjeg dana nije donesen, što znači da u zdravstvenom sustavu već gotovo 20 godina nije donesen odgovarajući podzakonski propis koji bi uredio pitanje grupnih privatnih praksi. Donošenje potrebnog propisa značajno bi olakšao rad liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i pojednostavio organizaciju zamjena. Članak 62. Kao i u slučaju pravilnika iz članka 59. ZZZ predlažemo da se Ministarstvo zdravstva jasno odredi oko mogućnosti rada liječnika privatne prakse u zdravstvenim ustanovama i trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i donošenja pravilnika koji će urediti postupak i način obavljanja tih poslova. Radi se o mogućnosti rada koja je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti prisutna od 1993. međutim do današnjeg dana nije donesen predviđeni podzakonski akt koji bi uređivao uvjete, postupak i način obavljanja poslova. Budući da je odnos javnog i privatnog sektora zdravstva predmetom predloženih zakonskih promjena smatramo potrebnim napokon pristupiti izradi davno predviđenog podzakonskog propisa. Članak 67. Predlažemo izmjenu članka 67. st. 2 na način da glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Članci 100./101. U navedenim člancima predlažemo uvrstiti dodatan stavak koji će propisati da je mandat odgovornih osoba ustrojstvenih jedinica u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i u klinici kao samostalnoj zdravstvenoj ustanovi ograničen na najviše dva mandata od četiri godine na istoj razini upravljanja. Također, predlažemo propisati i dodatan uvjet za imenovanje - da mandat odgovornoj osobi ustrojstvene jedinice istekne do ispunjenja uvjeta za starosnu mirovinu sukladno posebnom propisu. HLK snažno zagovara uvođenje instituta ograničenja broja mandata u zdravstvene ustanove. I to kroz preciznu, jasnu i nedvosmislenu zakonsku odredbu, a ne kroz neki podzakonski akt, pravilnik, koji svaki ministar može promijeniti kada god poželi. Odredbu koja će vrijediti za sve razine upravljanja u zdravstvenim ustanovama, od ravnatelja i upravnih vijeća do šefova klinika, zavoda i odjela. Na taj će se način, mišljenja smo, promijeniti paradigma upravljanja u hrvatskom zdravstvu. Promijenit će se logika, motivacija i način obnašanja voditeljskih

funkcija. Činjenica „prolaznosti“ svih voditelja trebala bi izvući najbolje od njih u pozitivnom, kreativnom smislu, a eliminirati negativne učinke koje sa sobom nosi vječno šefovanje. Negativnih strana je mnogo, od koruptivnog potencijala koji s vremenom raste, preko izostanka preispitivanja i objektivne evaluacije rada do vođenja negativne i nekompetitivne kadrovske selekcije. HLK podržava prijedlog Dekanske konferencije medicinskih fakulteta da u čl. 100. st. 2. glasi: „U klinikama se ustrojavaju zavodi i odjeli.“ Također, podržavamo i prijedlog da st. 3. glasi: „U kliničkim zavodima ustrojavaju se odjeli, centri i laboratoriji.“ HLK podržava prijedlog Dekanske konferencije medicinskih fakulteta da u čl. 101. st. 1. glasi: „U općim i specijalnim bolnicama ustrojavaju se odjeli, centri i laboratoriji.“ Članak 125. HLK podržava prijedlog Dekanske konferencije medicinskih fakulteta da se u st. 2. riječi: „kliničkog bolničkog centra, kliničke bolnice odnosno klinike“ zamijene riječima: „visokog učilišta zdravstvenog usmjerenja“. Podržavamo i prijedlog da se iza st. 3. dodati novi st. 4. koji bi glasio: „Visoko učilište zdravstvenog usmjerenja može izvoditi dijelove kliničke nastave u zdravstvenim ustanovama u inozemstvu uz prethodnu suglasnost ministra i na temelju sklopljenog ugovora“. Članak 126. HLK podržava prijedlog Dekanske konferencije medicinskih fakulteta da se u čl. 126. iza st.1. doda novi st.2. koji bi glasio: „Uredbom iz članka 162. ovog Zakona određuje se dodatak na osnovne plaće nastavnika i osoba u suradničkim zvanjima - zdravstvenih radnika koji izvode nastavu u zdravstvenim ustanovama za potrebe visokih učilišta zdravstvenog usmjerenja te koji imaju zasnovan radni odnos istodobno sa zdravstvenom ustanovom i s visokim učilištem na način da u zdravstvenoj ustanovi, odnosno visokom učilištu obavljaju poslove s nepunim radnim vremenom (klinički dodatak za nastavu).“ Članak 127. Hrvatska liječnička komora podržava inicijativu Dekanske konferencije medicinskih fakulteta da se u zakonskom prijedlogu dodatna pozornost posveti organizaciji zdravstvene zaštite redovitih studenata. Članak 158. Nejasno je zašto se za mogućnost sklapanja posla za svoj račun za obavljanje poslova iz zdravstvene djelatnosti poslodavca u čl. 158. st. 1. traži da zdravstvena ustanova, trgovačko društvo ili privatni zdravstveni radnik kod kojeg se obavlja takav rad nema nepodmirene obveze s osnova poreza, prireza i doprinosa odnosno nema druge dospjele obveze prema Republici Hrvatskoj, dok je u st. 2. od ispunjavanja tog uvjeta (urednost podmirenja obveza s osnova poreza, prireza i doprinosa odnosno drugih obveza prema Republici Hrvatskoj) oslobođena zdravstvena ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska, jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb ili jedinica lokalne samouprave. Navedeno razlikovanje smatramo diskriminatornim te smatramo da se taj uvjet treba ili ukinuti ili jednako primjenjivati na sve pružatelje zdravstvenih usluga. Članak 159. U čl. 159. ZZZ nejasna je svrha pojedinih odredbi ugovora o međusobnim pravima i obvezama između poslodavca i drugog pružatelja zdravstvenih usluga obavlja dodatan/dopunski rad. Primjerice, nejasna je

obvezna „odredba o naknadi za rad zdravstvenog radnika koji obavlja poslove za svoj račun, a koja po satu rada ne smije biti niža od bruto iznosa satnice prosječne mjesečne plaće koja je zdravstvenom radniku isplaćena kod poslodavca u posljednjih šest mjeseci prije sklapanja ugovora“. Razlog zašto se zdravstveni radnici odlučuju na sklapanje dodatnih poslova iz djelatnosti poslodavca je nedostatna razina plaća u javnom sektoru, pri čemu je za očekivati da nitko dobrovoljno ne prihvaća dodatni radni angažman koji je manje plaćen od onoga u javnom zdravstvenom sustavu. Odredba je dodatno nelogična budući da se naknada za dodatni rad ne isplaćuje putem poslodavca iz matične zdravstvene ustanove zaposlenja, pa nije jasno iz kojeg razloga bi poslodavac trebao znati za iznos naknade za rad koji njegov radnik ostvaruje u dopunskom/dodatnom radu. Potaknuti brojnim nejasnoćama i upitima koji se javljaju u praksi smatramo da se u ZZZ-u precizira o kakvoj vrsti rada za svoj račun se doista radi, budući da su u praksi prisutna različita rješenja. Radi li se o posebnom obliku rada pa u tom pogledu ugovor o međusobnim pravima i obvezama predstavlja posebnu vrstu ugovora, radi li se možda zapravo o dopunskom radu iz čl. 61. st. 3. i čl. 62. st. 3. Zakona o radu pa radnik pored ugovora o međusobnim pravima i obvezama radnik mora sklapati i dodatan ugovor o radu te radi li se o obliku rada koji je ograničen brojem sati na tjednoj/godišnjoj razini, kako to trenutno još uvijek propisuje Zakon o radu. Naime, ZZZ ne koristi termin „dopunski rad“ u smislu kako to čini Zakon o radu, dok i dalje važeći Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca koristi opetovano upravo termin „dopunski rad“. Članak 180. Do postizanja preduvjeta za predloženi povratak pripravničkog staža po novom modelu, HLK predlaže dodatno osnaživanje rada pod nadzorom na način da se uvede njegovo strukturirano provođenje uz obvezu rotacije (npr. 2 mj. PZZ, 2 mj. OHBP i 2 mj. HMP), uz osnaživanje sustava mentorstva. Rad pod nadzorom trebalo bi posebno stimulativno vrednovati u sklopu mjerila/budućih standarda za prijem specijalizanata. Posebno ukazujemo na potrebu provođenja obveze iz čl. 14. Pravilnika o načinu provođenja rada pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije, koja se odnosi na obvezu završetka edukacijskih programa u izvanbolničkoj hitnoj medicini koje provode zavodi za hitnu medicinu jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba, prije donošenja mentora, što se trenutno u praksi uglavnom ne provodi. Za provedbu rada pod nadzorom, HLK predlaže da se administriranje istog kao javna ovlast prebaci s Ministarstva zdravstva na HLK. Članci 181.-191. HLK dugi niz godina ukazuje na brojne probleme i propuste u organizaciji specijalističkog usavršavanja doktora medicine. 2016. dostavila je Ministarstvu zdravstva prijedlog novog koncepta specijalističkog usavršavanja, povodom kojega je 2017. održan i sastanak u Ministarstvu. HLK je tada predstavila rezultate provedene ankete iz kojih se vidjelo kako je 58% anketiranih članova nezadovoljno ulogom mentora, a svega 6% ispitanika izjavilo je kako je najviše znanja

i iskustva steklo od mentora. Zabrinjavajući podaci provedene ankete potaknuli su HLK da predloži Ministarstvu zdravlja cjelokupni koncept reforme specijalističkog usavršavanja ponajviše kroz centralizaciju planiranja, raspisivanja, dodjeljivanja, financiranja, upravljanja i kontrolu provedbe specijalizacija. HLK je naglašavala nužnost stvaranja nacionalnog registra ustanova u kojima se može provoditi specijalističko usavršavanje, nužnost poboljšanja sustava kontrole i evaluacije rada i stjecanja kompetencija specijalizanta, ali i rada mentora. Nažalost, danas, šest godina kasnije tek je jedan manji dio od ukupno traženih reformskih mjera u pogledu specijalističkog usavršavanja proveden. Nužnost hitne reforme specijalističkog usavršavanja naglasili su i brojni mladi liječnici sudionici prosvjeda u organizaciji Inicijative mladih liječnika koji je održan 24. rujna 2022. ispred Ministarstva zdravlja, koji prosvjed je HLK podržala u cijelosti. Ističemo da je HLK u 2022. provela do sada najopsežniju i najcjelovitiju „Godišnju studiju hrvatskog liječništva“, koja daje dragocjene podatke u pogledu specijalizanata. Analizom prikupljenih podatke, utvrđeno je kako preko 70% liječnika specijalizanata smatra da nema osigurano vrijeme za edukaciju, više od 60% specijalizanata nezadovoljno je količinom administrativnog posla, a oko 60% njih je nezadovoljno i vremenom koji ima na raspolaganju za pacijente. Nadalje, preko 80% specijalizanata je izjavilo kako smatra da nije postiglo kompetencije u skladu s planom specijalizacije, a preko 50 % je izjavilo kako tijekom specijalističkog usavršavanja nikada nije razgovaralo s glavnim mentorom. Iznoseni podaci zabrinjavajući su i jasni pokazatelji alarmantnog stanja u procesu specijalističkog usavršavanja. Nezadovoljstvo specijalizanata je sve veće, a kako Studija pokazuje čak 39% njih je u posljednje tri godine pretraživalo mogućnosti rada u inozemstvu. Budući da je u tijeku javna rasprava oko Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, HLK želi predložiti provođenje kompletne systemske reforme sustava specijalizacija doktora medicine na način da se nadležnost oko izdavanja odobrenja za specijalizaciju, priznavanja specijalizacija iz inozemstva (uz nužnu promjenu Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija) i provođenja nadzora dodijeli u nadležnost HLK (u tome dijelu nužna bi bila i izmjena Zakona o liječništvu). HLK je stava kako liječnicima treba omogućiti rad, napredovanje i obrazovanje u uređenom, funkcionalnom i motivirajućem sustavu te temeljnu zakonsku promjenu u smislu traženog delegiranja nadležnosti za dodjelu i provođenje specijalističkog usavršavanja na HLK smatra početkom dugo očekivane kompletne reforme specijalističkog usavršavanja. Slijedom prethodno navedenog HLK iznosi prijedlog izmjena i dopuna odredbi ZZZ koji se odnose na specijalističko usavršavanje, kako slijedi: Članak 181. Predlažemo st. 3. izmijeniti na način da glasi: „Na prijedlog predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba te pravnih i fizičkih osoba iz članka 182. stavaka 1. i 2. ovoga Zakona, uz prethodno pribavljeno mišljenje Zavoda i

suglasnost nadležnih komora, ministar odlukom donosi Nacionalni plan specijalističkog usavršavanja zdravstvenih radnika za petogodišnje i desetogodišnje razdoblje (u daljnjem tekstu: Nacionalni plan specijalističkog usavršavanja).“
Predložimo st. 4. izmijeniti na način da glasi: (4) Grane specijalizacije, trajanje i program specijalizacija i užih specijalizacija te akreditacijskih područja utvrđuje pravilnikom ministar uz prethodno pribavljenu suglasnost nadležnih komora.
Predložimo st. 5. brisati. Članak 182. U čl. 182. predložimo dodati stavak 8. koji glasi: „Određbe ovog članka ne primjenjuju se na doktore medicine.“
Članak 182.a Iza članka 182. predložimo dodati novi članak 182.a. koji glasi: „1) Specijalizacija se može odobriti doktoru medicine kojem je izdano odobrenje za samostalan rad te koji je u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi ili trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili ima privatnu praksu ili radi kod doktora medicine specijaliste prakse sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem. (2) Doktor medicine iz stavka 1. ovoga članka koji nije u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi niti u trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost niti ima privatnu praksu odnosno ne radi kod doktora medicine specijalista u privatnoj praksi sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem, Hrvatska liječnička komora može odobriti specijalizaciju za vlastite potrebe, za potrebe Ministarstva, ministarstva nadležnog za obranu, ministarstva nadležnog za pravosuđe, ministarstva nadležnog za unutarnje poslove, ministarstva nadležnog za hrvatske branitelje, ministarstva nadležnog za znanost i obrazovanje, ministarstva nadležnog za okoliš, Agencije za lijekove i medicinske proizvode, visokog učilišta koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, znanstvenih pravnih osoba, pravnih osoba koje obavljaju proizvodnju i promet lijekova i medicinskih proizvoda, pravnih osoba koje obavljaju poslove zdravstvenog osiguranja te upravnih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba nadležnih za zdravstvo. (3) Odobrenje za specijalizaciju i užu specijalizaciju doktoru medicine iz stavka 1. ovoga članka daje Hrvatska liječnička komora. (4) Odobrenje iz stavka 3. ovoga članka daje se na temelju godišnjeg plana potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koji donosi ministar na temelju Nacionalnog plana specijalističkog usavršavanja te prijedloga predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i prijedloga pravnih i fizičkih osoba iz stavaka 1. i 2. ovoga članka. (5) Doktor medicine iz stavka 1. ovoga članka Hrvatskoj liječničkoj komori podnosi zahtjev za donošenje rješenja o odobrenju specijalizacije odnosno uže specijalizacije. (6) Hrvatska liječnička komora donosi rješenje o odobrenju specijalizacije odnosno uže specijalizacije iz stavka 3. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (7) Protiv rješenja iz stavka 6. ovoga članka nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor. Članak 183. U čl. 183. iza st.3. predložimo dodati novi st. 4. koji glasi: „(4) Iznimno, od stavka 3. ovog članka standarde za

prijam specijalizanata doktora medicine i način polaganja specijalističkog ispita odnosno ispita iz uže specijalizacije te za određivanje ovlaštenih zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava i zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu za provođenje specijalističkog staža pravilnikom propisuje Hrvatska liječnika komora.“ Članak 184. U čl. 184. predlažemo izmijeniti st. 3. , 4., 6. i 7. na način da glase: „(3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka, status uže specijalizacije priznat će se pod mjerilima koje pravilnikom utvrđuje ministar, a status uže specijalizacije doktora medicine specijaliste priznat će se pod mjerilima koje pravilnikom utvrđuje Hrvatska liječnika komora. (4) Članove ispitne komisije iz stavaka 1. i 2. ovoga članka imenuje ministar iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti, a članove ispitne komisije iz stavaka 1. i 2. za specijalističke ispite koje polažu doktori medicine imenuje Hrvatska liječnika komora. (6) Ministar donosi listu ispitivača na specijalističkim ispitima, a listu ispitivača na specijalističkim ispitima doktora medicine donosi Hrvatska liječnička komora. (7) Hrvatska liječnika komora pravilnikom utvrđuje mjerila za priznavanje doktorima medicine specijalistima jedne specijalističke djelatnosti kao stečena prava kompetencije druge specijalističke djelatnosti te njihovo izjednačavanje u nazivu, pravima i kompetencijama.“ Iza članka 184. dodaje se članak 184.a koji glasi: „Članak 184.a (1) Iznimno od članka 184. ovoga Zakona kandidat, doktor medicine, može polagati europski specijalistički ispit pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS). (2) Kandidat iz stavka 1. ovog članka obvezan je provesti cjelokupni propisani program specijalističkog usavršavanja, a stečene kompetencije potvrđuju glavni mentor i mentor. (3) Hrvatska liječnika komora rješenjem priznaje europski specijalistički ispit položen pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS) i daje pravo na korištenje specijalističkog naziva propisanog u Republici Hrvatskoj. (4) Uz zahtjev za donošenje rješenja iz stavka 3. ovog članka podnositelj zahtjeva dostavlja dokaz o položenom europskom specijalističkom ispitu UEMS i o obavljenom cjelokupnom programu specijalističkog usavršavanja. (5) Hrvatska liječnika komora rješenje o priznavanju europskog specijalističkog ispita položenog pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS) donosi u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva iz stavka 4. ovog članka. (6) Protiv rješenja iz stavka 5. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.“. Članak 185.a Iza čl. 185. predlažemo dodati članak 185.a. koji glasi: „(1) Iznimno od odredbe članka 185. ovog Zakona, Hrvatska liječnika komora može specijalizaciju odnosno užu specijalizaciju obavljenju u inozemstvu priznati doktoru medicine sukladno zakonu kojim se uređuju regulirane profesije i priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija. (2) Doktor medicine iz stavka 1. ovoga članka Hrvatskoj liječničkoj komori podnosi zahtjev za donošenje rješenja o priznavanju specijalizacije odnosno uže specijalizacije. (3) Hrvatska liječnička komora donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od tri

mjeseca od dana podnošenja urednog zahtjeva iz stavka 2. ovoga članka. (4) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor.“ Članak 186. U čl. 186. predložimo izmijeniti st. 1. na način da glasi: „(1) Ako je zdravstveni radnik iz članka 182. stavka 1. i članka 182. a, stavka 1. ovoga Zakona u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb ili jedinica lokalne samouprave, zahtjevu za donošenje rješenja o odobrenju specijalizacije obvezan je priložiti ugovor o međusobnim pravima i obvezama vezanim uz specijalističko usavršavanje, sklopljen s poslodavcem.“ Predložimo dodati novi st. 2. Pri sklapanju ugovora iz stavka 1. ovoga članka troškovi specijalizacije moraju biti ugovoreni na način kako su isti definirani odredbama članaka od 187. do 191. ovog Zakona te ugovor ne smije sadržavati dodatne troškove i financijske obveze za zdravstvenog radnika. Dosadašnji st. 2 postao bi st. 3. Članak 187. U čl. 187. predložimo izmijeniti st. 2., 3., 5., 8. i 9. na način da glase: (2) Iznimno, od odredbe stavka 1. ovog članka doktor medicine obvezan je zatražiti suglasnost Hrvatske liječničke komore. (3) Uz zahtjev za davanje prethodne suglasnosti iz stavka 1. i 2. ovoga članka specijalizant je obvezan priložiti suglasnost zdravstvene ustanove u kojoj će zasnovati radni odnos. (5) Iznimno, od odredbe stavka 4. ovog članka Hrvatska liječnička komora je obvezna odlučiti o zahtjevu za davanje prethodne suglasnosti iz stavka 1. ovoga članka najkasnije u roku od 60 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva, uzimajući u obzir pritom sljedeća mjerila: - potrebu za zdravstvenim radnikom u specijalističkoj djelatnosti za koju se specijalizant usavršava na području osnivača zdravstvene ustanove iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona - odobreni plan specijalizacija zdravstvene ustanove u kojoj specijalizant namjerava zasnovati radni odnos i - ugovorenu specijalističku djelatnost poslodavca kod kojeg specijalizant namjerava zasnovati radni odnos u mreži javne zdravstvene službe. (6) Protiv odluke Ministarstva iz stavka 4. i odluke Hrvatske liječničke komore iz stavka 5. ovoga članka nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor. (8) Ako Hrvatska liječnička komora u roku iz stavka 5. ovog članka ne odluči o zahtjevu za davanje prethodne suglasnosti, smatra se da je prethodna suglasnost dana. (9) Raspisivanje javnog natječaja za zasnivanje radnog odnosa specijalizanta u drugoj zdravstvenoj ustanovi nije potrebno kada specijalizant prelazi uz suglasnost Ministarstva odnosno Hrvatske liječničke komore na istu specijalizaciju iz jedne zdravstvene ustanove u drugu zdravstvenu ustanovu.“ Članak 188. U čl. 188. predložimo izmijeniti st. 1. i 2. na način da glase: „(1) Zdravstvena ustanova u kojoj specijalizant zasnjuje radni odnos temeljem prethodne suglasnosti Ministarstva odnosno Hrvatske liječničke komore iz članka 187. stavka 1. ili 2. ovoga Zakona, obvezna je naknaditi zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona stvarne troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona nastale do zasnivanja radnog odnosa i naknadu u iznosu jedne

proračunske osnovice za obračun naknada i drugih primanja u Republici Hrvatskoj po mjesecu ugovorene obveze rada nakon završene specijalizacije, u roku od godine dana od dana sklapanja ugovora o radu sa specijalizantom. (2) Ako specijalizant otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona bez prethodne suglasnosti Ministarstva odnosno Hrvatske liječničke komore, obvezan je naknaditi troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona nastale do otkaza ugovora o radu i naknadu iz stavka 1. ovoga članka, u roku od godine dana od dana otkaza ugovora o radu.“ Članak 189. Čl. 189. predlažemo izmijeniti na način da glasi: „(1) Ako specijalist prije isteka vremena ugovorene obveze rada iz članka 186. stavka 2. ovoga Zakona namjerava otkazati ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona i zasnovati radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb ili jedinica lokalne samouprave, obvezan je zatražiti prethodnu suglasnost Ministarstva odnosno Hrvatske liječničke komore. (2) Uz zahtjev za davanje prethodne suglasnosti iz stavka 1. ovoga članka specijalist je obvezan priložiti suglasnost zdravstvene ustanove u kojoj će zasnovati radni odnos. (3) Ministarstvo je obvezno odlučiti o zahtjevu za davanje prethodne suglasnosti iz stavka 1. ovoga članka najkasnije u roku od 60 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva, uzimajući u obzir pritom sljedeća mjerila: - potrebu za zdravstvenim radnikom specijalistom na području osnivača zdravstvene ustanove iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona i - ugovorenu specijalističku djelatnost poslodavca kod kojeg specijalist namjerava zasnovati radni odnos u mreži javne zdravstvene službe. (4) Iznimno od odredbe iz stavka 3. ovog članka za doktore medicine Hrvatska liječnička komora je obvezna odlučiti o zahtjevu za davanje prethodne suglasnosti iz stavka 1. ovoga članka najkasnije u roku od 60 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva, uzimajući u obzir pritom sljedeća mjerila: - potrebu za zdravstvenim radnikom specijalistom na području osnivača zdravstvene ustanove iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona i - ugovorenu specijalističku djelatnost poslodavca kod kojeg specijalist namjerava zasnovati radni odnos u mreži javne zdravstvene službe. (5) Protiv odluke Ministarstva iz stavka 3. ovoga članka nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor. (6) Protiv odluke Hrvatske liječničke komore iz stavka 4. ovoga članka nije dopuštena žalba, već se može pokrenuti upravni spor. (7) Ako Ministarstvo u roku iz stavka 3. ovoga članka ne odluči o zahtjevu za davanje prethodne suglasnosti, smatra se da je prethodna suglasnost dana. (8) Ako Hrvatska liječnička komora u roku iz stavka 4. ovoga članka ne odluči o zahtjevu za davanje prethodne suglasnosti, smatra se da je prethodna suglasnost dana.“ Članak 190. U čl. 190. predlažemo izmijeniti st. 1. i 2. na način da glase: „(1) Zdravstvena ustanova u kojoj specijalist zasnuje radni odnos temeljem prethodne suglasnosti Ministarstva odnosno Hrvatske liječničke komore, obvezna je naknaditi zdravstvenoj ustanovi iz članka

186. stavka 1. ovoga Zakona stvarne troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona i naknadu u iznosu jedne proračunske osnovice za obračun naknada i drugih primanja u Republici Hrvatskoj po mjesecu neodrađene ugovorene obveze rada nakon završene specijalizacije, u roku od godine dana od dana sklapanja ugovora o radu sa specijalistom. (2) Ako specijalist otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona bez prethodne suglasnosti Ministarstva odnosno Hrvatske liječničke komore, obvezan je naknaditi troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona i naknadu iz stavka 1. ovoga članka, u roku od godine dana od dana otkaza ugovora o radu.“ Članak 191. U čl. 191. predložimo izmijeniti st. 3. na način da glasi: „(3) Troškove iz stavka 1. ovoga članka snosi podnositelj prijedloga za odobrenje specijalizacije iz članka 182. stavaka 1. i 2. i članka 182.a. ovoga Zakona.“ Članak 192. Predložimo u čl. 192. izmijeniti st.2. na način da glasi: „O priznavanju naziva primarijus odlučuju povjerenstva koje imenuju strukovne komore iz redova nastavnika medicinskog i dentalnog fakulteta i primarijusa“ PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE Predložimo u prijelazne i završne odredbe unijeti dodatan članak koji će izričito propisivati obvezu zdravstvenih ustanova da u roku od šest mjeseci od stupanja na snagu ovog Zakona, specijalizantima i specijalistima ponude sklapanje izmijenjenih ugovora o međusobnim pravima i obvezama, koji će u pogledu obveze rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalizacije, troškova specijalizacije i obveze naknade troškova vezanih uz specijalističko usavršavanje biti sastavljen sukladno člancima 186.-191. ZZZ-a.

41 **Županijska bolnica Čakovec**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Centralizacijom zdravstvenog sustava i prijenosom osnivačkih prava nad bolnicama otežava se mogućnost prilagodbe bolnice potrebama lokalnog stanovništva i manjinama koje žive na području Međimurske županije. Pa se tako u Županijskoj bolnici Čakovec zbrinjavaju Romi kao najveća manjina, a čije se zbrinjavanje, kao i naplativost usluga građana RH bez zdravstvenog osiguranja, rješava na lokalnoj razini uz pomoć Međimurske županije, s obzirom da isti u pravilu nemaju zdravstveno osiguranje. Uz to se u Županijskoj bolnici Čakovec uz pomoć osnivača Međimurske županije osigurava nadstandard usluga za pacijente korisnike Županijske bolnice Čakovec. Pa se tako zahvaljujući Međimurskoj županiji sufinancira boravak roditelja uz dijete u bolnici, izgrađeni su prostori za smještaj uređaja za magnetnu rezonancu iz sredstava Međimurske županije, u tijeku je energetska obnova bolnice iz EU fondova, kao i daljnja rekonstrukcija odjela bolnice radi podizanja kvalitete pruženja zdravstvene zaštite pacijentima. Prijavljeni su projekti kojima se planira obnova i dogradnja prostora bolnice, a koji bi se sufinancirali sredstvima EU i osnivača Međimurske županije. Prijenosom osnivačkih prava postavlja se pitanje da

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

li će država umjesto županije preuzeti dio sufinanciranja projekata iz EU umjesto Međimurske županije? Smatramo kako se centralizacijom sustava i prijenosom osnivačkih prava neće riješiti problem dugova u hrvatskom zdravstvu. Ono što smatramo da je potrebno napraviti je da se uspostavi sustav plaćanja rada u bolnicama po stvarno odrađenom radu s obzirom na činjenicu da Županijska bolnica Čakovec svake godine odradi (izuzimajući COVID godine) usluge iznad limita u milijunskoj vrijednosti, a za što, za utrošeni potrošni materijal, lijekove, opremu, utrošeni rad radnika, bolnica ostaje bez prihoda jer se pružene usluge otpisuju sukladno postojećim ugovorima s HZZO-om. Nije moguće održati sustav financijski stabilnim i zdravim ukoliko se ne pokriju i plaćaju ulazni troškovi u bolnici, a rad koji se ostvari u obliku usluge pružene zdravstvene zaštite pacijentu se ne može naplatiti od HZZO-a, već se više fakturiran rad otpisuje. Također smatramo da je potrebno povisiti cijenu usluga u bolničkom zdravstvenom sustavu, a koje bi trebale biti popraćene povećanjem limita bolnicama koje bi bile plaćane prema stvarno izvršenom radu i na taj način bi se ostvario bolji financijski rezultat bolnica i omogućilo pozitivno poslovanje bolnica i održivo upravljanje zdravstvenim sustavom. Nadalje jedan od razloga lošeg poslovanja bolnica je i neisplata različitih potraživanja od strane radnika i to refundacije za isplate po tužbama za razliku osnovice plaće iz 2016. godine čime bi se znatno smanjila dugovanja i podmirile obveze prema dobavljačima. Također je važno napomenuti da podizanjem plaća u sustavu zdravstva, a koje je prijeko potrebno, dodjelom koeficijenata u sustavu zdravstva, kao i ugovaranjem prava radnicima kroz kolektivne ugovore, obaveze bolnice prema radnicima se neprestano povećavaju na godišnjoj razini zbog rasta cijena, te taj povećani dio cijene rada također pada na bolnicu koja isti mora isplatiti iz onako premalog limita, koji ne prati izvršenje rada i usluga u bolnici. Slažemo se sa promjenama i smatramo da su iste potrebne, međutim ono što smatramo da je potrebno napraviti su gore predložene promjene u samom sustavu upravljanja zdravstvom jer bi se na taj način smanjila dugovanja bolnica i omogućila financijska stabilnost. Što se tiče javne nabave lijekova, opreme i potrošnog materijala podržavamo sustav objedinjene javne nabave u cilju smanjenja cijena lijekova i potrošnog materijala i nabavu kvalitetnije opreme, i kao takav se već djelomično provodi u bolnicama, ali je iz istog vidljivo da tim sustavom nisu obuhvaćene sve specifične potrebe bolnice, a što je još jedan od pokazatelja teškim upravljanjem velikog i tromog sustava koji bi se stvorio prijenosom osnivačkih prava nad bolnicama državi. Smatramo da je postojeći način upravljanja da su bolnice u vlasništvu jedinica lokalne i područne samouprave opravdan i adekvatan, s obzirom na činjenicu da osnivači na lokalnoj razini gotovo momentalno prate potrebe bolnica. Pa tako Međimurska županija prati potrebe Županijske bolnice Čakovec, posebice kroz prijavu različitih EU projekata koje u dijelu sufinancira i osnivač Međimurska županija. Nadalje zahvaljujući lokalnom patriotizmu koja se vidi kroz povezanost i

identifikaciju lokalnog stanovništva s bolnicom kao županijskom ustanovom, fizičke i pravne osobe nesebično doniraju bolnicu, a posebice je to bilo za vrijeme krize izazvane virusom COVID-19. Kroz usku i lokalnu povezanost osnivača, bolnice i lokalnog stanovništva omogućuje se efikasno vođenje bolnicom prilagođenom potrebama lokalnog stanovništva i brza prilagodba na novo nastale situacije kojima treba automatski upravljati. To je nabolje bilo vidljivo za vrijeme COVID pandemije u kojoj je Županijska bolnica Čakovec u suradnji sa Međimurskom županijom tri godine zaredom herojski postavila zdravstveni sustav i omogućila održavanje stabilnog sustava liječenja i pružanja zdravstvene zaštite svojim korisnicima. Važno je na kraju napomenuti da Županijska bolnica Čakovec iako je u vlasništvu županije, blisko surađuje i sa drugim zdravstvenim ustanovama na kako na lokalnoj, tako i na nacionalnoj razini. Pa tako ginekolozi iz Županijske bolnice Čakovec odlaze raditi u primarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantu u Prelog (Dom zdravlja Čakovec), pedijatri u ambulante Doma zdravlja Varaždin u Ludbreg i Dom zdravlja Križevačko-Koprivničke županije, radiolozi u Dom zdravlja Varaždin, a inženjeri radiologije u Dom zdravlja Čakovec. Psihijatri odlaze raditi u zavode za javno zdravstvo Međimurske županije i Varaždinske županije te u domove za starije i nemoćne. Specijalistice patologije i citologije odlaze raditi u Opću bolnicu Varaždin, kao i pedijatar za subspecijalističku razinu. Županijska bolnicu Čakovec blisko surađuje s drugim zdravstvenim ustanovama pa tako u bolnicu dolaze raditi neurokirurzi, interventni kardiolozi, dječji kirurzi, anesteziolozi, radiolozi, patolozi, onkolog.

42 **HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI**

Dajemo sljedeći komentar na : Članak 47 Mogućnost obavljanja privatne prakse može obavljati i radni terapeut sa završenim prediplomskim stručnim studijem radne terapije. Prema i sukladno čl. 41 Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN 87/09) temeljno obrazovanje za obavljanje djelatnosti radne terapije stječe se uspješnim završavanjem stručnog studija za zanimanje stručni prvostupnik radne terapije. Sukladno članku 54. Zakona o djelatnostima u zdravstvu, privatnu praksu može obavljati stručni prvostupnik radne terapije koji ima odobrenje za samostalan rad izdano od Hrvatske komore zdravstvenih radnika. Na postupak osnivanja, privremene obustave i prestanka rada privatne prakse stručnog prvostupnika radne terapije primjenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Slijedom navednog i sa činjenicom da još nisu osigurani uvjeti za vertikalno obrazovanje radnih terapeuta u Republici Hrvatskoj potrebno je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti definirati provođenje privatne prakse i s razinom obrazovanja definiranom Zakonom o djelatnostima u zdravstvu. Nadalje: Osvrćemo se i na Članak 54 u kojemu stoji da: Zdravstveni radnik iz članaka 47. i 49. ovoga Zakona može primiti u radni odnos jednog zdravstvenog

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

radnika iste struke te da ograničenje iz stavka 3. ovoga članka ne odnosi se na magistre farmacije, fizioterapeute te na dentalne tehničare koji obavljaju privatnu praksu. Predlažemo da se doda radni terapeut iza fizioterapeuta pa bi glasilo ovako: Ograničenje iz stavka 3. Ovoga članka ne odnosi se na magistre farmacije, fizioterapeute, radne terapeute te na dentalne tehničare koji obavljaju privatnu praksu. Upravo zbog specifičnosti u provođenju djelatnosti radne terapije, potrebno je dodati i radne terapeute. Članak 110 Ustanova iz stavka 1. Ovoga članka može obavljati radnu terapiju u kući. Predlažemo dodati osim fizikalne terapije u kući, dodati i radnu terapiju u kući. Radna terapija je zdravstvena djelatnost čiji je cilj omogućiti pojedincima i skupinama postizanjeoptimalnog funkcioniranja u aktivnostima dnevnog života koje uključuju samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme. (Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN 87/09) Istraživanja pokazuju da su usluge usmjerene na funkcionalnost i neovisnost osobe u aktivnostima dnevnog života učinkovitije od isključivomedicinskog modela skrbi (De Maeseneer, Boeckxstaens, 2012; EXPH, 2014) te su isto tako isplativije (Rexe i sur, 2013). Znanstveni dokazi potvrđuju da su radnoterapijske intervencije učinkovite u prevenciji padova, muskuloskeletalnih ozljeda i bolesti, rehabilitacije nakon preboljenog moždanog udara , traumatskih ozljeda mozga, respiratornoj rehabilitaciji, skrbi u domu korisnika te palijativnoj skrbi. Stoga je važno omogućiti dostupnost radne terapije u sklopu ustanove za zdravstvenu njegu koja pruža usluge rehabilitacije. Članak 174. U dijelu koji se odnosi na pripravnički staž dodati: „Pripravnici prvostupnici radne terapije obavljaju cjeline Plana i programa pripravničkog staža u ustanovama koje osiguravaju provedbu djelatnosti radne terapije i izvan sustava zdravstvene zaštite, s tim da su obvezni proći sve cjeline utvrđene Planom i programom pripravničkog staža. Pripravnici prvostupnici radne terapije stručni ispit polažu u Ministarstvu zdravstva.“ Stručni prvostupnici radne terapije mogu svoju djelatnost provoditi i izvan sustava zdravstvene zaštite, pod uvjetima iz članaka 45. i 46. Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN87/09). Smatramo važnim da se pripravnički staž obavlja u ustanovama u kojima se provodi djelatnost radne terapije, bez obzira kojem sektoru pripadaju, s tim da se stručni ispit polaže u nadležnom Ministarstvu zdravstva.

43 **Hrvatski liječnički sindikat**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

OČITOVANJE HRVATSKOG LIJEČNIČKOG SINDIKATA NA PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Članak 1. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) iza članka 5. dodaje se članak 5. a koji glasi: „Članak 5. a Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“.

Članak 5.a je neprihvatljiv u obliku u kojem je predložen - potrebno je precizno definirati koje su to iznimne situacije i što znači izvan svog radnog mjesta. Ovakva konstrukcija može uzrokovati probleme u tumačenju Članak 5. U članku 22. iza stavka 2. dodaje se stavak 3. koji glasi: „(3) Način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite propisuje pravilnikom ministar.“ Predlažemo: na kraju rečenice iza riječi ministar staviti zarez i dodati: nakon prethodnog savjetovanja s krovnim liječničkim udrugama ili (barem) s Hrvatskom liječničkom komorom Dodatni prijedlog za dopunu članka 26. U članku 26. stavku 6. - iza (zadnje) riječi zdravlja staviti zarez i dodati: o čemu odluku donosi konzilij od najmanje 2 specijalista0 Članak 15. Članak 83. mijenja se i glasi: (8) Članovi upravnog vijeća moraju imati završen preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili specijalistički diplomski studij. Predlažemo: u članku 83. stavak 8 brisati riječi preddiplomski i integrirani preddiplomski studij kao uvjet za članove upravnog vijeća. Držimo da članovi upravnog vijeća moraju imati završen diplomski studij.6 Dodatni prijedlog za dopunu članaka 90. i 91. U članku 90. dodati stavak 3. koji glasi: „Predsjednika stručnog vijeća i njegovog zamjenika biraju svi članovi stručnog vijeća tajnim glasovanjem“ U članku 91. dodati stavak 3. koji glasi: „Ravnatelj ne smije ni na koji način utjecati na izbor predsjednika i zamjenika Stručnog vijeća“ . Obrazloženje: U više slučajeva smo svjedočili naglim i iznenadnim promjenama Statuta ustanove da bi se na mjesto predsjednika stručnog vijeća postavila „podobna“ osoba, koju izabere sam ravnatelj. Stručno vijeće jeste i mora biti tijelo sastavljeno od stručnjaka zaposlenih u ustanovi i potpuno neovisno od politike! Članak 23. Iza članka 101. dodaje se članak 101.a koji glasi: Predlažemo: u članku 101. u stavku 1 dodati riječ „službe“, jer u općim i specijalnim bolnicama realno postoje odjeli i službe. Članak 29. Članak 114. mijenja se i glasi: (2) Za obavljanje djelatnosti iz stavka 1. ovoga članka ovisno o potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu moguće je, u pojedinim djelatnostima umjesto posteljnih kapaciteta, osigurati pružanje zdravstvene zaštite u dnevnoj bolnici. Predlažemo: u članku 114. u stavku 2. potrebno je jasnije definirati što znači formulacija „moguće je“ , jer se „moguće je“ može tumačiti i kao „ne treba“ pa to treba jasno definirati. Članak 30. Iza članka 118. dodaje se članak 118.a koji glasi: „Članak 118.a (2) Ministarstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva Hrvatskog liječničkog zbora ili drugog odgovarajućeg društva, donosi rješenje o dodjeli i obnovi naziva centra iz stavka 1. ovoga članka u roku od 60 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. Predlažemo: u članku 118. u stavku 2. Izbrisati riječi „ili drugog odgovarajućeg društva“, jer je nejasno koje bi to bilo drugo odgovarajuće društvo? Stručna društva djeluju u sklopu Hrvatskog liječničkog zbora. Članak 36. Članak 138. mijenja se i glasi: „(1) Hrvatski zavod za hitnu medicinu jest zdravstvena ustanova za obavljanje djelatnosti hitne medicine, sanitetskog

prijevoza i telemedicine. Predlažemo: u članku 138. u stavku 1. između riječi „djelatnost“ i „hitne“ dodati riječ izvanbolničke (3) Djelatnost hitne medicine obuhvaća provođenje mjera i postupaka hitnog izvanbolničkog medicinskog zbrinjavanja na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulantni zavoda za hitnu medicinu ili tijekom prijevoza oboljelih i ozlijeđenih osoba prijevoznim sredstvima hitne medicinske službe u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu te provođenje mjera i postupaka hitnog bolničkog medicinskog zbrinjavanja u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Predlažemo: u članku 138. u stavku 3 -u dijelu rečenice: „na mjestu događaja ili u prostoru za reanimaciju/ambulantni ...“ .potrebno je riječ „ili“ zamijeniti s „ili/i“ , jer je potpuno nelogičan sadašnji način rada, prema kojem Zavodi za hitnu medicinu rade samo na terenu, a pacijente koji zatraže pregled u ambulantni prosljeđuju u OHBP. Ovakva organizacija rada (u primjeni nakon zadnje reforme hitne) je dovela do totalno iskrivljene prakse u kojoj poslove iz domene primarne zdravstvene zaštite obavljaju bolnički specijalisti na sekundarnoj ili čak tercijarnoj razini! S terena nam pristižu informacije i pritužbe liječnika (koji žele raditi!) da ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu čak zabranjuje rad liječnika u ambulantama izvanbolničke hitne(!?) Potpuno je neprihvatljivo da djelatnost hitne medicine obuhvaća i hitno medicinsko zbrinjavanje u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi i još k tome da spada pod nadležnost Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, jer to u stvarnosti znači, da hitno bolničko zbrinjavanje u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi (OHBP-u) NIJE U NADLEŽNOSTI bolničke zdravstvene ustanove u kojoj je takva ustrojstvena jedinica (OHBP) formirana! Članak 37. Članak 139. mijenja se i glasi: „(1) Standarde za provođenje programa javno dostupne rane defibrilacije na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar. (2) Standarde i normative u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine i sanitetskog prijevoza na svim razinama zdravstvene djelatnosti na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. (3) Ako tijelo iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 2. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“ Članak 38. Članak 140. mijenja se i glasi: „(1) Hrvatski zavod za hitnu medicinu uz poslove iz članaka 138. i 139. ovoga Zakona obavlja sljedeće poslove: – koordinira i stručno usmjerava rad zdravstvenih ustanova koje obavljaju djelatnost hitne medicine – koordinira, stručno usmjerava i prati kvalitetu rada u djelatnosti hitne medicine Predlažemo: u članku 140. u stavku 1. točke 11. i 12. - između riječi „djelatnost“ i „hitne“ dodati riječ izvanbolničke – obrazloženje isto kao i uz članak 36. Članak 42. Iza članka 160. dodaje se članak 160.a koji glasi: „Članak 160.a U slučaju poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka,

ministar može zatražiti od ravnatelja uskratu i opoziv danih odobrenja iz članka 157. ovoga Zakona dok te okolnosti traju.“. Predlažemo: brisati prijedlog članka 160. a. Ovakav prijedlog je neprihvatljiv, zbog mogućih zlouporaba od strane ravnatelja, čemu smo već bili svjedoci. Zakon treba raditi na stvaranju optimalnih uvjeta rada i plaća liječnika u zdravstvenim ustanovama pa onda liječnici ne bi bili zainteresirani za dodatni rad u privatnim ustanovama. U slučaju izvanrednih okolnosti, za ovakav predloženi postupak, odluku treba donijeti sam ministar. Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“. U stavku 6. iza riječi: „članka“ dodaju se riječi: „i imenovanju glavnog mentora, odnosno mentora“. Iza stavka 7. dodaju se stavci 8. i 9. koji glase: „(8) Iznimno od stavka 4. ovoga članka ministar može godišnjim planom odobriti dodatni broj potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koje nisu obuhvaćene Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja ako te specijalizacije nije bilo moguće iz objektivnih razloga planirati u Nacionalnom planu specijalističkog usavršavanja.“. (9) Način i mjerila za stjecanje jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao uvjeta za odobrenje specijalizacije zdravstvenom radniku iz stavka 1. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar.“. Predlažemo: u članku 182. u stavku 1. i 3. brisati prijedlog o obveznom jednogodišnjem radu u PZZ kao uvjet za dobivanje specijalizacije. Pitanje pripravnosti mladih liječnika na ovakav način nije dobro rješenje. Za iznalazak dobrog, optimalnog rješenja predlažemo dodatnu konzultaciju sa svim meritornim udrugama. 31 U članku 182. u stavku 2. nakon zadnje riječi „usavršavanja“ staviti zarez i dodati: „ovisno o organizacijskim potrebama i dobnoj strukturi liječnika u pojedinim zdravstvenim ustanovama“. Dodatni prijedlog za članak 188. Predlažemo: postojeći članak 188. te ugovorne obveze specijalizanata te vraćanje troškova specijalizacije treba detaljno riješiti Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju. Ukoliko je specijalizant ili specijalist pod ugovornom obvezom s nekom zdravstvenom ustanovom, a prelazi raditi u drugu ustanovu koja ima istog vlasnika (Republika Hrvatska), nema nikakve logike da dotični liječnik mora vraćati sredstva matičnoj ustanovi. Ta sredstva ionako dolaze iz istog izvora! Rješavanje tog pitanja mora biti predmet sporazuma dvije zdravstvene ustanove koje imaju istog vlasnika.

44 **Hrvatska komora socijalnih radnika
 NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
 DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
 ZAŠTITI**

Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 20. Zakona o socijalnopedagoškoj djelatnosti (Narodne Novine 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

poteškoće iz područja mentalnog zdravlja povećavaju se svugdje u svijetu i mogu imati značajan učinak na sva područja života osobe te isto tako utječu na pojavnost drugih somatskih poteškoća. Upravo stoga, Republika Hrvatska je tijekom svog predsjedavanja Vijećem Europe 2020. godine kao jedan od zdravstvenih prioriteta izdvojila - promicanje cjeloživotne skrbi za zdravlje pojedinca te unutar tog prioriteta naglasak stavila na zaštitu mentalnog zdravlja kao jednog od najvažnijih prioriteta u javnozdravstvenoj zaštiti. Također, je istaknuta važnost mentalnog zdravlja kao javnog dobra odnosno potreba za širom dostupnošću usluga koje imaju za cilj zaštitu mentalnog zdravlja pojedinaca. Posebice je važna dostupnost usluga iz područja mentalnog zdravlja na razini primarne zdravstvene zaštite i dodatno osnaživanje kapaciteta te resursa na toj razini zdravstvene zaštite. S ciljem osnaživanja primarne zdravstvene zaštite predlažemo da se omogući zapošljavanje socijalnih pedagoga pri domovima zdravlja odnosno obavljanje socijalnopedagoške djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite. Prema Zakonu o socijalnopedagoškoj djelatnosti članak 3. stavak 2. socijalnopedagoška djelatnost obuhvaća spektar postupaka od preventivnih postupaka preko postupaka ranih intervencija, do tretmanskih i posttretmanskih postupaka s ciljem sprječavanja nastanka i razvoja problema u ponašanju odnosno emocionalnih i/ili psihičkih poremećaja koje se iskazuju kroz poteškoće u interpersonalnim odnosima i socijalnom funkcioniranju ili se iskazuju kroz ponašanja kojima osobe ugrožavaju sebe ili druge. Socijalni pedagozi, kao regulirana profesija (razina 7.1 Hrvatskog klasifikacijskog okvira), u sustavu zdravstva su sada zaposleni na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite u području zaštite mentalnog zdravlja. Smatramo kako bi s obzirom na porast poteškoće iz područja mentalnog zdravlja posebice kod djece i mladih, nedostatan broj stručnjaka iz područja zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih na razini primarne zdravstvene zaštite, a vodeći računa o racionalizaciji troškova sustava zdravstva, zapošljavanje socijalnih pedagoga na razini primarne zdravstvene zaštite osim povećane dostupnosti zdravstvene zaštite dovelo do rasterećenja zdravstvenog sustava na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Navedeno bi donekle ispunilo i preventivnu svrhu tj. spriječilo razvoj većih poteškoća/problema u ponašanju, posebice kod djece i mladih, odnosno razvoj emocionalnih i/ili psihičkih poremećaja. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim izmjenama i dopunama zakona ističemo kako u potpunosti podržavamo jačanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Ujedno, sukladno ranije pojašnjenom, posebno ističemo potrebu za ojačavanjem uloge socijalnih pedagoga na poslovima zaštite mentalnog zdravlja odnosno potrebu za njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite u skladu s potrebama stanovništva. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti

odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo nadopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „logopedije“ dodaju riječi „socijalne pedagogije“ i znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite socijalnih pedagoga i to u: zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti.

2. Predlažemo nadopunu članka 155. stavka 2 u odredbama Glave I. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) tako da se iza riječi „nutricionisti“ dodaju riječi „socijalni pedagozi“ i znak točka. Predmetno obrazlažemo činjenicom da socijalni pedagozi već rade u sustavu zdravstva na poslovima dijagnostike i liječenja na sekundarnoj i tercijarnoj razini, a prema ranije obrazloženom postoji potreba i za njihovim zapošljavanjem na razini primarne zdravstvene zaštite posebice na poslovima u području zaštite mentalnog zdravlja.

3. U članku 30. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza podstavka 12. predlažemo dodati novi podstavak 13. koji glasi „-socijalne pedagogije“. Prijedlog je povezan sa dva ranija prijedloga tj. nadopunom članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i nadopunom članka 155. stavka 2 u odredbama Glave I. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) te bi predložena izmjena omogućila pružanje zdravstvene zaštite na primarnoj razini socijalnim pedagozima na poslovima zaštite mentalnog zdravlja, a u skladu s potrebama stanovništva.

45	<p>nutricionizam.hr NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao predstavnik najvećeg nutricionističkog savjetovišta u regiji, a vezano na činjenicu o poraznim podacima stanja nacije po pitanju pretilosti odnosno prevalencije kroničnih nezaraznih bolesti koji su direktna posljedica iste, smatram kako veći angažman stručnjaka nutricionista treba postati jedan od imperativa javno-zdravstvenog sustava. S tim na umu, predlažem da se u Stavak 1 Članka 30. Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti sljedeće: - Unaprjeđenje ukupne kvalitete prehrane u svrhu prevencije i/ili bolje uspješnosti liječenja kroničnih nezaraznih bolesti od strane magistra nutricionizma Također, predlažem nadopunu Stavka 2 Članka 30. Zakona o zdravstvenoj zaštiti sa sljedećom djelatnošću: - Nutricionističko savjetovanje i nutricionističke edukacije provedene od strane magistra nutricionizma Na kraju, predlažem i nadopunu Stavka 2 Članka 38. Zakona o zdravstvenoj zaštiti na način da djelatnost telemedicine obuhvaća i nutricionističko savjetovanje odnosno pružanje „online“ usluga nutricionističkog savjetovanja i izrade programa prehrane putem informacijsko-komunikacijskog sustava. Gore predložene korektivne mjere osim što će unaprijediti zdravlje pacijenata, dugoročno će donijeti značajnu uštedu zdravstvenom sustavu. Prethodno će se u najvećoj mjeri osjetiti kroz: - smanjenu potrošnju odnosno potrebu za lijekovima - smanjenje troškova saniranja komplikacija liječenja Osim direktne novčane uštede smatramo kako će angažman nutricionista također rezultirati djelomičnim smanjenjem pritiska na liječnike specijaliste i liječnike opće medicine koji su trenutno izloženi iznimnim kadrovskim izazovima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	---

46	<p>Zrinka Huđek-Leskovar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Čitajući izmjene ZOZZ liječnici nimalo neće biti motivirani ostati u našoj državi, bilo početnici ili iskusni kolege. Sustav bez sustava, potpuno devastirana primarna zdr. zaštita , ogromne liste čekanja, sve vodi kraju cjelokupne zdr zaštite, pitaju li se političari (čast iznimkama) tko će i kako liječiti naše građane, svi smo pacijenti na kraju krajeva. U današnje vrijeme i dalje predlagati, podržavati i delegirati poslove obiteljskim liječnicima da budu skakači u HMP, OHBP, da rade posao epidemiologa, policajca , administratora HZZOa, šalterskog radnika u bolnici, brojača kilometara , svađalice s pacijentom (zbog HZZovih pravila) , a kojem moraju biti najbolji zdr odvjetnik.... Dozvolite liječnicima u PZZ da odaberu hoće li biti privatne ordinacije ili pri Domu zdravlja, dozvolite prenašanje dobro uhodanih i uređenih praksi na mlade specijaliste !Smanjite timove u obiteljskoj medicini do maksimalno 1500 pacijenata jer sve preko tog broja je iscrpljujuće i demotivirajuće za liječnika. Motivirajte mlade liječnike većim plaćama, specijalizacijama, edukacijama, opremom, povoljnim rješavanjem stambenog pitanja da ostanu u obiteljskoj medicini!! A ne da ih vežete čudnovatim ugovorima za institucije u kojima neku uhljebi moraju dobivat plaću na račun zdravstvenog radnika! Slušajte struku!!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	---

<p>47 BLANKA KLARIN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 46. stavku 3. iza riječi „medicinsko-biokemijske laboratorije,“ dodaju se riječi: „privatnu praksu magistara logopedije,“. U članku 48. stavku 1. nakon riječi „doktor dentalne medicine“ dodaje se zarez i riječi: „te magistar logopedije“. Obrazloženje: Ovim nadopunama omogućio bi se samostalan rad magistara logopedije. Trenutno zakonsko rješenje to onemogućava stvarajući tako značajne nejasnoće i otežava sve segmente rada logopeda. Logopedija ima svoju šifru djelatnosti (2230000), ugovara se na svim razinama zdravstvene zaštite, a izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti 2020. god. omogućeno je otvaranje logopedске ambulante na razini PZZ. Navedene dopune nužne su u cilju reguliranja rada logopeda u privatnoj praksi i korak bliže konačnom reguliranju logopedске djelatnosti u cilju zaštite prava pacijenta. U članku 177. stavku 9. iza riječi „zdravstvenog radnika“ dodaju se riječi: „te magistra logopedije“ Obrazloženje: Nadopuna navedenog članka nužna je kako bi se omogućila kontrola nad inozemnim stručnim kvalifikacijama magistara logopedije. Logopedija je regulirana djelatnost u EU, a zakonodavni nedostatci u RH omogućavaju prostor za lošu praksu i nemogućnost kontrole tko i pod kojim uvjetima pruža logopedsku dijagnostiku i terapiju. Navedena izmjena potrebna je kako bi se premostio zakonodavni jaz do donošenja Zakona o logopedskoj djelatnosti. U članku 239. iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ dodaje se zarez te riječi: „Hrvatska logopedska komora“. Obrazloženje: S obzirom da se predlaže donošenje Zakona o logopedskoj djelatnosti kroz zakonodavne aktivnosti Ministarstva zdravstva u 2023.god., u skladu s tim potrebna je i dopuna navedenog članka. U dijelu Zakona Prijelazne i završne odredbe potrebno je dodati članak ili stavak članka koji glasi: „Ministar nadležan za zdravstvo će u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog Zakona donijeti Odluku o osnivanju Hrvatske logopedске komore.“ Obrazloženje: Uvažavanjem predloženih promjena Zakona omogućit će se nastavak pozitivnih promjena i konačno usklađivanje hrvatske sa svjetskom i europskom logopedskom praksom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>48 Mirella Lasić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Kao mlada doktorica zabrinuta za zdravlje mladih slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti.

Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22):

1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti.

2. Vežano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa.

5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“

3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnotežan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj

edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”.

5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogući ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

<p>49 Hrvatska udruga socijalnih pedagoga NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Hrvatska udruga socijalnih pedagoga podržava stav Hrvatske komore socijalnih pedagoga te predlaže: 1. nadopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „logopedije“ dodaju riječi „socijalne pedagogije“ i znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite socijalnih pedagoga i to u: zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti. 2. Predlažemo nadopunu članka 155. stavka 2 u odredbama Glave I. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) tako da se iza riječi „nutricionisti“ dodaju riječi „socijalni pedagozi“ i znak točka. Predmetno obrazlažemo činjenicom da socijalni pedagozi već rade u sustavu zdravstva na poslovima dijagnostike i liječenja na sekundarnoj i tercijarnoj razini, a prema ranije obrazloženom postoji potreba i za njihovim zapošljavanjem na razini primarne zdravstvene zaštite posebice na poslovima u području zaštite mentalnog zdravlja. 3. U članku 30. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza podstavka 12. predlažemo dodati novi podstavak 13. koji glasi „- socijalne pedagogije“. Prijedlog je povezan sa dva ranija prijedloga tj. nadopunom članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i nadopunom članka 155. stavka 2 u odredbama Glave I. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) te bi predložena izmjena omogućila pružanje zdravstvene zaštite na primarnoj razini socijalnim pedagozima na poslovima zaštite mentalnog zdravlja a u skladu s potrebama stanovništva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>50 Ustanova za zdravstvenu njegu u kući NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Članak 110. (1) Ustanova za zdravstvenu njegu jest zdravstvena ustanova koja provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika. (2) Ustanova iz stavka 1. ovoga članka može obavljati fizikalnu terapiju u kući. (3) Ustanova iz stavka 1. ovoga članka može sukladno izvješću patronažne sestre i prema nalogu doktora medicine privremeno stacionarno zbrinjavati bolesnike kojima je potrebna zdravstvena njega i rehabilitacija. Dopuna članka 110. (4) Ustanova iz stavka 1. ovoga članka može provoditi radnu terapiju u kući. Obrazloženje: Za stavak 4. Radna terapija je zdravstvena djelatnost čiji je cilj omogućiti pojedincima i skupinama postizanje optimalnog funkcioniranja u aktivnostima dnevnog života koje uključuju samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme. (Zakon o djelatnostima u</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravstvu (NN 87/09) Grad Zagreb već dulji niz godina razvija usluge usmjerene na funkcionalnost u svakodnevnom životu i maksimalnu moguću neovisnost pojedinca, čime se pruža veći učinak od isključivo medicinskog modela skrbi (De Maeseneer, Boeckxstaens, 2012; EXPH, 2014) te smanjuju troškovi moguće institucionalizacije pojedinca (Rexe i sur, 2013). Projekt "Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući", koji se provodi 2020.-2022., zahvaljujući financijskoj podršci Grada Zagreba, direktna je sljednica projekta "Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući: CrossCare" koji je uspješno proveden u periodu od 05.09.2018.-05.06.2020. godine, a u sklopu kojeg je Ustanova za zdravstvenu njegu u kući po prvi puta u Hrvatskoj osigurala stručnu intervenciju radnog terapeuta u domu korisnika, na način na koji su do sada bile osigurane usluge fizikalne terapije te medicinske njege. Ovime je Grad Zagreb uskladio usluge dostupne starijim osobama te osobama s invaliditetom sa uslugama dostupnim građanima drugih Europskih gradova. Radni terapeuti neophodan su dio ljudskih resursa u zdravstvu, što je naznačeno i u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., a što potvrđuju i istraživanja ekonomski i socijalno uspješnog i održivog zdravstvenog sustava („vrijednost za novac“), posebno kod limitiranih ekonomskih resursa. Naime, znanstveni dokazi, te sada i rezultati Interreg EU projekta "Integrirani pristup skrbi za starije osobe u kući: CrossCare" ukazuju da su radnoterapijske intervencije učinkovite nakon i u prevenciji ozljeda, te unapređenju zdravstvenih učinaka u prevenciji padova, muskuloskeletalnih ozljeda i bolesti (29,8%), rehabilitacije moždanog udara (33,63%), respiratornoj rehabilitaciji, skrbi u domu korisnika te palijativnoj skrbi. Tijekom trajanja projekta CrossCare (IKT, 2020 - 4. periodično izvješće), radne terapeutkinje su u svojim intervencijama obuhvatile 649 pacijenata, osoba starije životne dobi i osoba s invaliditetom pružajući radnoterapijske intervencije u trajanju ne kraćem od 60 minuta, dvaput tjedno. Od 2020. do danas radnoterapijske intervencije pružene su za još 1235 pacijenata. Tijekom pandemije COVID-19, radne terapeutkinje su uobličile niz virtualnih sadržaja namijenjenih starijim osobama te osobama s invaliditetom i njihovim obiteljima. Ovo je segment koji je i biti će tražen sve više te je jedan od nadstandarda ovog nadstandarda i svakako će biti jedan od segmenata projekta u idućem vremenskom periodu osiguravajući dugoročnu održivost.

- 51 **Dejvid Zombori**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U potpunosti podržavam prijedloge i komentar Hrvatske psihološke komore, smatram nužnim omogućiti širu dostupnost psihologa u zdravstvenom sustavu, posebice na razini PZZ-a uz ugovaranje sa HZZO-om. Ovime se jača uloga Domova zdravlja u okvirima predložene reforme na korist svih građana i na korist zdravstvenog sustava uz relativno male financijske izdatke. Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. Zdravlje općenito, a unutar njega mentalno zdravlje kao značajan aspekt zdravlja, preduvjet je i temeljna odrednica kvalitete života. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije mentalno se zdravlje opisuje kao „stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno i pridonositi.“ U Hrvatskoj su mentalni poremećaji na drugom mjestu po broju dana bolničkog liječenja. Liječenje, smanjena produktivnost, bolovanja i invalidnost, psihološki i egzistencijalno opterećuju obitelj, ali dovode i do značajnog ekonomskog i socijalnog opterećenja cijelog društva. Znanstvenici ističu kako su mentalni problemi češći uzrok obolijevanja i preranog umiranja nego tjelesne bolesti te procjenjuju da će depresija kroz idućih deset godina biti drugi, a do 2030. godine, prvi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima. Navedeno ukazuje na potrebu da se u okviru predložene reforme zdravstvenog sustava, koja osobito naglašava potrebu jačanja njegove otpornosti, posebna pozornost posveti zaštiti mentalnog zdravlja, prvenstveno ako uzmemo u obzir potrebu ublažavanja posljedica pandemije. S ciljem osnaživanja primarne zdravstvene zaštite (PZZ) pod geslom „Prva vrata za sve“, predlažemo da se ponovno omogući otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa, odnosno obavljanje psihološke djelatnosti na razini PZZ. Radna mjesta psihologa na razini PZZ ukinuta su 1994. godine čime je drastično smanjena dostupnost usluga zdravstvene zaštite psihologa. Trenutačno u zdravstvenom sustavu radi svega 375 psihologa/kliničkih psihologa, (od kojih 215 kliničkih psihologa) i to na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite. Pritom, od ukupnog broja psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu, njih gotovo pola (oko 40%) radi u zdravstvenim ustanovama u Gradu Zagrebu. Kako je broj zaposlenih psihologa/kliničkih psihologa na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite nedovoljan da bi se zadovoljile sve trenutačne potrebe za uslugama zdravstvene zaštite koje pružaju psiholozi/klinički psiholozi (psihijatrija, onkologija, neurologija, pedijatrija, ginekologija, rehabilitacija, palijativna skrb i dr.) potrebno je psihologe/kliničke psihologe zaposliti i na razini PZZ u skladu s načelom dostupnosti, načelom kvalitete koje se osigurava provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i potrebom da se ojača specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita izvan bolničkih zdravstvenih ustanova i unutar domova zdravlja. Isto tako, obzirom na nedostatan broj specijalista i specijalizanata dječje i adolescentne psihijatrije te vodeći računa o racionalizaciji troškova sustava zdravstva, klinički psiholozi u PZZ osim povećane dostupnosti zdravstvene zaštite doveli bi do rasterećenja na razinama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite

te bi preventivno djelovali u slučajevima koji ne zahtijevaju psihijatrijsko liječenje. Ujedno, veća dostupnost psihologa/kliničkih psihologa te liječenje psihičkih poremećaja koji se javljaju u dječjoj dobi rezultirali bi racionalizacijom troškova sustava zdravstva i u dugoročnom smislu. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „liječničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenje podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijeком propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 3. U članku 30. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza podstavka 12. predlažemo dodati novi podstavak 13. koji glasi „- psihološku djelatnost“. To stoga što je zakonodavac prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijeком navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatske komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“.

52	<p>Mirela Marković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao prvo, način ulaska u e-savjetovanje je sve samo ne prilagođeno svim građanima...zakomplicirali ste...no što je za očekivati od ove administracije koja radi sve samo da zadrži poziciju, a pod krinkom brige za sustav i građane. Sto se tiče ZOZZ, prvo, slažem se sa promjenama koje su detaljno opisane u prijedlogu KoHOM-a, a dodatno bi naglasila da se u radne skupine za izradu i promjene zakona uključe predstavnici onih koji taj posao rade i žive svaki dan. Prilikom izrade ovog zakona uključeni smo samo kozmetski, ne uvažava se mišljenje struke kao ni gotovi prijedlozi. Koliko je još potrebno loših reformi da se do kraja unište zdravstveni djelatnici? Zar vam nije dosta? Skoro 30 godina jedni te isti "reformiraju" i opstaju u raznim radnim skupinama. Mudar ministar bi promijenio garnituru koja ga savjetuje, a ne bi bio poslušnik loših ideja koje su do sada donijele samo odljev mladih ljudi u zemlje EU gdje nas čekaju raširenih ruku. Obiteljska medicina je temelj zdravstvenog sustava u svim zemljama...jedino u RH se resorno ministarstvo trudi uništiti i to malo ljudi koji samo žele raditi u skladu sa strukom i na dobrobit svih građana/pacijenata. Loše je stanje u sustavu, a bit će i lošije. Odgovornost je samo na vama koji se gubite u prividu moći i na svojim pozicijama...varljivo je sve to, a prekasno će biti kada shvatite da ste ostavili narod na cjedilu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
53	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Komentar na članak 3 (odnosi se na dodani članak 16.a), koji glasi: "Načelo kvalitete osigurava se provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja". Čime jamčite da se neće narušiti dostupnost zdr.zaštite i podjednaki uvjeti ako se budu ukidali odjeli po bolnicama? Ovdje se postavlja i pitanje putnih naloga i refundiranja putnih troškova. Primjerice, ukoliko budete gledali samo kilometražu (npr. Čakovec-Varaždin) i ukinuli neke postojeće odjele, tko će refundirati troškove odlaska npr. iz Štrigove u Varaždin (što je i dalje ispod 50 km, dakle postojeća granica za putni nalog), umjesto u Čakovec?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
54	<p>IVA POKLEČKI NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već

naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

55 **Tali Horvat**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

- 56 **Marko Rašković**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji

pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

57 **Elena Miklečić**

Primljeno na znanje

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zarez. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vežano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijeком propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu

Primljeno na znanje.

djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijeckom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

58 **Karla Belina Posavec**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom

specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

59 **Amadea Tuden**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika

izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

60 **Dora Cesarec**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo sljedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti.

Slijedom navedenog, predložimo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22):

1. Predložimo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti.
2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predložimo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa.
5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“

3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predložimo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predložimo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnotežan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki.

4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska

komora zdravstvenih radnika“ predložemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”.

5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predložemo da se u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

61 **Dino Žujić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti.

Slijedom navedenog, predložemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22):

1. Predložemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti.
2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženju dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

62 **Martina Bećarević**

Primljeno na znanje

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi

Primljeno na znanje.

spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakom medicinskom fakulteta u Republici

Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

63 **SARA CAKTAŠ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne

donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

64 **Paulo Rinčić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izriječno propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijeком navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

65 **Emio Halilović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom

definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

66 **Viktoria Bakić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

prosudivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano

usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

67 **VINKA POTOČKI**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna

medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

68 **MARTA STANČIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom

pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

69 **Em**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine

već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom

studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

71 **Ana Borozan**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi

dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

72 **Ivan Skorić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model

RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

73 **Magdalena Višić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju

mladog liječnika ako on to želi. a.Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b.Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

74 **Mislav Šćuric**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženju dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

75 Daria Petričević

Primljeno na znanje

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene:

Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti.

Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22):

1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zarez. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti.
2. Vežano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijeком propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa.
5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu

Primljeno na znanje.

djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

76 **Ana-Marija Petani**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom

specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

77 **Lea Hasnaš**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

78 **Nikolina Vučemilo**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U izmjenama Zakona predlaže se uvođenje instituta pravobranitelja za pacijente koji bi brinuo o zaštiti pacijenata na državnoj razini sukladno pozitivnoj praksi nekih europskih zemalja

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

79 **MARIJA LALOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom

<p>studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
<p>80 Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U izmjena Zakona predlaže se definirati: - član upravnog vijeća i ravnatelj ne smiju biti članovi političke stranke (ukoliko želimo da javno zdravstvo bude nadstranačka tema) - izbor ravnatelja zdravstvene ustanove se provodi na način da zaposlenici ustanove na izborima biraju ravnatelja - članovi upravnog vijeća i ravnatelj moraju priložiti potvrdu o nekažnjavanju - definirati kaznenu i materijalnu odgovornost ravnatelja i članova upravnog vijeća ukoliko ne rade sukladno zakonskim propisima</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>81 Lucija Veršić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija

medicines koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

82 **Lucija Veršić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnotežan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. 5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje

<p>šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.</p>	
<p>83 Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Zakon o službenicima i namještenicima u lokalnoj i područnoj samoupravni definira svojim člancima 17. do 25. prijam u službu gdje je zakonom definirano raspisivanje javnog natječaja, povjerenstvo, način provjere, rang liste, kako izgleda rješenje o prijmu u službu, te žalba protiv rješenja. Zašto slično ne postoji u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, gdje niti na jednoj odluci o izboru kandidata ne stoji uputa o žalbi!!! Zakon o državnim službenicima u čl. 64. također definira žalbu prilikom zaposlenja. Prethodno je žalba bila definirana samo prilikom raspisivanja natječaja za specijalizaciju, ali procedura natječaja i žalba nisu bile definirane prilikom zaposlenja u javnom zdravstvenom sustavu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>84 Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Vezano za odlazak na specijalizaciju izvan mjesta stanovanja. Zašto ne postoji članak u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti sličan članku 77. Zakona o državnim službenicima kad se liječnike šalje na obavljanje dijela specijalizacije ili uže specijalizacije. Naknada za odvojeni život nije dovoljna liječnicima koji moraju iznajmljivati stan za svoju obitelj u mjestu stanovanja kao i stan u drugom mjestu gdje obavljanju specijalizaciju. Prema Zakonu o državnim službenicima, u čl. 77. je navedeno: (1) Državnom službeniku koji se premješta u drugo radno mjesto koje je udaljeno više od 100 kilometara od mjesta njegovog stanovanja mora se, najduže u roku od šest mjeseci, osigurati odgovarajući smještaj za njega i njegovu obitelj, ako posebnim zakonom nije drukčije određeno. Troškovi smještaja terete državno tijelo. (2) Do osiguravanja uvjeta za smještaj njega i obitelji, službenik ima pravo na naknadu povećanih troškova zbog odvojenog života od obitelji, kao i naknadu troškova putovanja u mjesto stanovanja obitelji u vrijeme tjednog odmora, državnih blagdana i neradnih dana, sukladno uredbi Vlade ili odredbama kolektivnog ugovora. Službenik za preseljenje ima pravo na naknadu stvarnih troškova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

85	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Traži se UKIDANJE NOVČANE PENALIZACIJE zdravstvenih radnika i brisanje dijela čl. 188. i 190. koji se odnosi na nadoknadu troškova specijalizacije jer isto ograničava mobilnost zdravstvenih radnika (što nije u skladu s načelima EU), zato jer je specijalizacija edukacija uz rad, zato jer nametnuti penali su dogovorno određeni i ne predstavljaju realne troškove, zato što novčani penali ne mogu zakonska mjera za zadržavanje zdravstvenih radnika u sustavu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
86	<p>MARKO KRKLEC NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju

<p>mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
<p>87 IVA DUJMOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Obiteljska medicina je temelj zdravstvenog sustava. Liječnik obiteljske medicine je nositelj posebnih kompetencija koje njegov rad s pacijentima čini specifičnim. Hrvatska je osnivač specijalizacije iz obiteljske medicine i važno je da našu struku cijenimo i time osiguravamo adekvatnu skrb naših pacijenata. Smatram da je važno da svatko tko radi u obiteljskoj medicini ima specijalizaciju iz obiteljske medicine jer se time povećava kvaliteta rada, smanjuje broj upućivanja pacijenata na obradu na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite, smanjuju troškove u provođenju zdravstvene zaštite i, što je najvažnije, vodi stručno kontinuiranu skrb o pacijentima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>88 Hrvatska komora socijalnih pedagoga NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 20. Zakona o socijalnopedagoškoj djelatnosti (Narodne Novine 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije poteškoće iz područja mentalnog zdravlja povećavaju se svugdje u svijetu i mogu imati značajan učinak na sva područja života osobe te isto tako utječu na pojavnost drugih somatskih poteškoća. Upravo stoga, Republika Hrvatska je tijekom svog predsjedavanja Vijećem Europe 2020. godine kao jedan od zdravstvenih prioriteta izdvojila - promicanje cjeloživotne skrbi za zdravlje pojedinca te unutar tog prioriteta naglasak stavila na zaštitu mentalnog zdravlja kao jednog od najvažnijih prioriteta u javnozdravstvenoj zaštiti. Također, je istaknuta važnost mentalnog zdravlja kao javnog dobra odnosno potreba za širom dostupnošću usluga</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

koje imaju za cilj zaštitu mentalnog zdravlja pojedinaca. Posebice je važna dostupnost usluga iz područja mentalnog zdravlja na razini primarne zdravstvene zaštite i dodatno osnaživanje kapaciteta te resursa na toj razini zdravstvene zaštite. S ciljem osnaživanja primarne zdravstvene zaštite predlažemo da se omogući zapošljavanje socijalnih pedagoga pri domovima zdravlja odnosno obavljanje socijalnopedagoške djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite. Prema Zakonu o socijalnopedagoškoj djelatnosti članak 3. stavak 2. socijalnopedagoška djelatnost obuhvaća spektar postupaka od preventivnih postupaka preko postupaka ranih intervencija, do tretmanskih i posttretmanskih postupaka s ciljem sprječavanja nastanka i razvoja problema u ponašanju odnosno emocionalnih i/ili psihičkih poremećaja koje se iskazuju kroz poteškoće u interpersonalnim odnosima i socijalnom funkcioniranju ili se iskazuju kroz ponašanja kojima osobe ugrožavaju sebe ili druge. Socijalni pedagozi, kao regulirana profesija (razina 7.1 Hrvatskog klasifikacijskog okvira), u sustavu zdravstva su sada zaposleni na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite u području zaštite mentalnog zdravlja. Smatramo kako bi s obzirom na porast poteškoće iz područja mentalnog zdravlja posebice kod djece i mladih, nedostatan broj stručnjaka iz područja zaštite mentalnog zdravlja zaposlenih na razini primarne zdravstvene zaštite, a vodeći računa o racionalizaciji troškova sustava zdravstva, zapošljavanje socijalnih pedagoga na razini primarne zdravstvene zaštite osim povećane dostupnosti zdravstvene zaštite dovelo do rasterećenja zdravstvenog sustava na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Navedeno bi donekle ispunilo i preventivnu svrhu tj. spriječilo razvoj većih poteškoća/problema u ponašanju, posebice kod djece i mladih, odnosno razvoj emocionalnih i/ili psihičkih poremećaja. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim izmjenama i dopunama zakona ističemo kako u potpunosti podržavamo jačanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Ujedno, sukladno ranije pojašnjenom, posebno ističemo potrebu za ojačavanjem uloge socijalnih pedagoga na poslovima zaštite mentalnog zdravlja odnosno potrebu za njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite u skladu s potrebama stanovništva. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo nadopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „logopedije“ dodaju riječi „socijalne pedagogije“ i znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite socijalnih pedagoga i to u: zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite

mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti.

2. Predlažemo nadopunu članka 155. stavka 2 u odredbama Glave I. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) tako da se iza riječi „nutricionisti“ dodaju riječi „socijalni pedagozi“ i znak točka. Predmetno obrazlažemo činjenicom da socijalni pedagozi već rade u sustavu zdravstva na poslovima dijagnostike i liječenja na sekundarnoj i tercijarnoj razini, a prema ranije obrazloženom postoji potreba i za njihovim zapošljavanjem na razini primarne zdravstvene zaštite posebice na poslovima u području zaštite mentalnog zdravlja.

3. U članku 30. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza podstavka 12. predlažemo dodati novi podstavak 13. koji glasi „-socijalne pedagogije“. Prijedlog je povezan sa dva ranija prijedloga tj. nadopunom članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i nadopunom članka 155. stavka 2 u odredbama Glave I. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) te bi predložena izmjena omogućila pružanje zdravstvene zaštite na primarnoj razini socijalnim pedagozima na poslovima zaštite mentalnog zdravlja, a u skladu s potrebama stanovništva.

89 **Emma Katana**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3.

Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

90	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predlaže se UKIDANEJ OBVEZE RADA za zdravstvene radnike koji se specijalistički usavršavanju, i BRISANJE st. 2. čl. 186. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se predviđa obveza rada nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita u trajanju ne duljem od propisanog vremena trajanja specijalizacije. Naime, slične odredbe postoje i u Zakonu o državnim službenicima u članku 95. i Zakonu o službenicima i namještenicima u lokalnoj i područnoj samoupravni u članku 84. i odnose se samo na plaćeni studijski dopust kad državni službenik ili službenik ili namještenik dobiva dopust u trajnju od jedne akademske godine i nije na svom radnom mjestu (nego je na edukaciji), a dobiva naknadnu plaće bez dodatka. Liječnici tijekom svoje specijalizacije su na svom radnom mjestu uz pacijente (jedini period kad su na predavanjima je tijekom poslijediplomskog specijalističkog studija u trajanju od 3 mjeseca). Ukoliko bi se vodili jednakim postupanjem prema liječnicima kao i prema državnim službenicima liječnici bi imali obvezu rada samo za 3 mjeseca poslijediplomskog specijalističkog studija kad su na predavanjima i nisu uz pacijente, a ne za svih 5 godina koliko traje specijalističko usavršavanje. - Prema Zakonu o državnim službenicima (čl. 79.) i prema Zakonu o službenicima i namještenicima u lokalnoj i područnoj samoupravi (čl. 101.) postoji mogućnost premještanja po zamolbi službenika na drugo radno mjesto u istom ili drugom mjestu rada BEZ plaćanja penala.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
91	<p>Nina Vuković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa

specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

92 **Carla Perović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika

izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

93 **Borna Katić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno

opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

<p>94</p>	<p>Ana Srnović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Slažem se s prijedlozima KOHOM-a. Obiteljska medicina u RH nikada neće biti na razini zapadnih zemalja dokle god nas Vlada i Ministarstvo zdravstva ne počnu cijeniti. Sustavno i javno omalovažavanje, podcjenjivanje, kažnjavanje također tome ne pridonose. Obiteljska medicina u razvijenim zemljama je temelj zdravstva. Grana medicine koja obuhvaća, usuđujem se reći, sve druge grane medicine jer mi smo, osim liječnika obiteljske medicine, i kardiolozi i endokrinolozi i radiolozi i psihijatri i epidemiolozi i još mnogi drugi... Zanimljivo je kako u javnosti vlada predodžba da mi ništa ne radimo, a ispada da nitko ne želi "ne raditi" obzirom na sve manji interes prema obiteljskoj medicini. Određenim izmjenama zakona taj bi se interes dodatno smanjio. Vladajući nisu svjesni broja liječnika koji će otići u mirovinu kroz nekoliko godina, a već sada je problem naći zamjene za bolovanja, godišnje odmore, brojne ambulante nemaju svog stalnog liječnika. U jednoj smjeni se pokrivaju dvije, čak nekada i tri ambulante. Misli li netko zaista na pacijente zbog kojih smo mi tu? Na njihovo zdravlje... Što će biti kasnije, moram priznati da me strah, a tek sam na početku svog radnog vijeka. Krajnje je vrijeme da se počne slušati struka, a ne politika. U protivnom, jurimo u provaliju s 200km/h i pokvarenim kočnicama...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>95</p>	<p>Ivana Kosmat NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet

zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

96 **Anja Šium**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za

samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

- 97 **FRANKA ŠINDLER**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e.

Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

- 98 **Paulo Rinčić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim

nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

99 **Nika Vidovic**

Primljeno na znanje

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

Primljeno na znanje.

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja

	znanstvenih publikacija i sl.	
100	<p>Adnan Isaković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje

mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

- 101 **Laura Pukanić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

102 **Emma Kazazić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4.

Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

103 **Lucija Črnjević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e.Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2.Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a.lako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b.Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3.Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog

<p>tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.</p> <p>4.Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a.Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b.Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p>	
<p>104 NATALIA MYTKO NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Smatram da se na predloženi način ne mogu ostvariti navedeni ciljevi te da se problematiki treba pristupiti drukcije. Dosta je kompleksan problem osiguravanja dostupnosti zdravstvene zaštite, zato uvođenjem obveze staziranja nakon završetka studija mislim da će se uvesti više poteškoca, nego pravih rješenja i zajednicke koristi kako za zdravstvene djelatnike, tako i za pacijente.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>105 Klara Dukić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

106 **Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Kao visokoškolska institucija u Republici Hrvatskoj koja ustrojava i izvodi sveučilišni studijski program edukacijske rehabilitacije (kao i logopedije i socijalne pedagogije) te razvija znanstveno-istraživački i visokostručni rad u navedenom području, predlažemo sljedeće dopune i izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kako bi se stručnjacima edukacijskim rehabilitatorima zaposlenima u sustavu zdravstva omogućila njihova pripadajuća prava. Visokoškolsko obrazovanje edukacijskih rehabilitatora uključuje niz kolegija iz područja temeljnih i kliničkih medicinskih znanosti, kao i kliničkih praksi, koje osposobljava edukacijske

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

rehabilitatore koji djeluju u sustavu zdravstva u pružanju zdravstvene zaštite stanovništva te svoja stečena znanja i izlazne kompetencije koriste u procesu dijagnostike i liječenja (rehabilitacije). Djelovanje edukacijskih rehabilitatora u zdravstvu proizlazi iz temeljnih zadataka edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti koji se odnose na rano otkrivanje, edukacijsko-rehabilitacijsku dijagnostiku i procjenu, provođenje terapijskih i (re)habilitacijskih intervencija, savjetovanje i promicanje zdravlja, sve u cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. U okviru poimanja zdravstvene zaštite, ističemo kako se u aktualnom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022., edukacijski rehabilitatori navode kao izvršitelji čak 73 mjere zdravstvene zaštite i to pretežito na području dječje i adolescentske psihijatrije i zaštite mentalnog zdravlja. Osim toga, postoji niz mjera zdravstvene zaštite koje edukacijski rehabilitatori provode na području prevencije, dijagnostike i (re)habilitacije djece s neurorazvojnim čimbenicima i/ili simptomima, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom, gdje nisu navedeni kao izvršitelji ni kao suradnici. Nadalje, prema Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007., koja je još uvijek na snazi, edukacijsko-rehabilitacijska (prethodno defektološka) djelatnost razvrstava se u razred 86.90 Ostale djelatnosti zdravstvene zaštite. Edukacijski rehabilitatori djeluju na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti i očuvanja mentalnog zdravlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Možemo tako istaknuti da uz preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, osoba s invaliditetom i rizičnih skupina, na primarnoj razini, edukacijski rehabilitatori obavljaju zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju. Isto tako provode složenije mjere i postupke prevencije i dijagnosticiranja kao i ambulantnu rehabilitaciju na sekundarnoj razini. U okviru procesa dijagnostike i liječenja, edukacijski rehabilitator obavlja zdravstvenu djelatnost kroz dijagnostičke i terapijske postupke i postupke medicinske rehabilitacije, a prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru nalazi se na razini 7.1.sv., u sektoru s psiholozima, logopedima i drugim socijalnim djelatnostima. Edukacijski rehabilitatori sudjeluju u timskoj dijagnostici, liječenju, rehabilitaciji i rehabilitaciji pacijenata – djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika i simptomima, djece i odraslih osoba s intelektualnim teškoćama, poremećajem iz spektra autizma, motoričkim teškoćama, teškoćama vizualnog funkcioniranja, teškoćama u učenju, višestrukim teškoćama i osobama s kroničnim bolestima. Prema svojim izlaznim kompetencijama neophodni su u dijagnostičkom procesu svih razvojnih teškoća prema MKB-10, kao što su intelektualne teškoće, ADHD i ostali poremećaji, poremećaj iz spektra autizma, razvojni poremećaj koordinacije, kao i habilitacijskom procesu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Stoga predlažemo izmjene i dopunu sljedećih članaka: 1. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici

obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...” 2. Dopunu članka 30. stavka 2. na način da glasi: „Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske (opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece; školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata; javnog zdravstva; zdravstvene zaštite žena; dentalne zdravstvene zaštite; dentalnih laboratorija; higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite; medicine rada/medicine rada i sporta; zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti; logopedije; edukacijske rehabilitacije; patronažne zdravstvene zaštite; zdravstvene njege u kući; primaljske skrbi; fizikalne terapije; radne terapije; hitne medicine; sanitetskog prijevoza; palijativne skrbi; ljekarništva; radiološke dijagnostike; laboratorijske dijagnostike; telemedicine; zdravstvene ekologije; sanitarnog inženjerstva;“. 3. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogući ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neuorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom.

107 **JANA JELČIĆ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom

pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

108 **Bruna Zeljak**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim

preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

109 **JOSIP LIPOVAC**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja

	znanstvenih publikacija i sl.	
110	<p>ANA ĐURAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje

mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

111 **Inga Abramović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

112 Ivan Remaj

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 1. je besmislen i treba ga obrisati. Svaki zdravstveni radnik već ima obavezu pružiti neodgodivu hitnu pomoć (kako smo uostalom vidjeli na primjeru ministra kada je upucan policajac pred Saborom koliko se poštuje Zakon o liječništvu) Nadalje, članak je nedefiniran i stoga dodatno besmislen. Tko će tražiti radnika? Što će ga tražiti? Tko će pokrivati radnika na radnom mjestu koje obavlja? Organizirajte hitnu službu kako spada pa nećete morati predlagati ovako glupe članke zakona da bi štitili nerad HZHM nauštrb svih ostalih dionika zdravstvenog sustava. Članak 5. "Način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite propisuje pravilnikom ministar." Trenutni pravilnici i zakoni koji su na snazi se ne poštuju (Zakon o radu, vremensko-kadrovski normativi, pravilnik o izboru kandidata za specijalističko usavršavanje...) tako da nije jasna svrha još jednog pravilnika kojeg MiZ, HZZO i ravnatelji ustanova neće poštivati. Članak 15. 3/5 članova upravnog vijeća zdravstvenih ustanova bira osnivač, što je država ili županija. Dakle, to su 3 političke funkcije koje će nadzirati trenutna vlast. Članovstvo u urpavnom vijeću treba potpuno depolitizirati, omogućiti otvorene izbore i dati mandat na godinu dana. Nakon godine dana se rad evaluira te primjereno nagrađuje ili kažnjava. Upravna vijeća moraju imati odgovornost za svoje odluke i za loše rezultate koje ustanova napravi. Članak 18. Potrebno je regulirati kaznene odredbe za ravnatelje. Zdravstvene ustanove funkcioniraju an ogromnom broju prekovremenih sati koji su protuzakoniti i za to nitko ne odgovara. Uvesti odredbu koja će skidati određen dio plaće ravnatelju i zamjenicima za svaki prekovremeni sat koji se odrađuje u bolnici. Njihov je posao i odgovornost da organiziraju rad na način da prekovremeni rad bude iznimka (kao što je definirano u zakonu o radu), a ne pravilo. Ravnateljima je potrebno zabraniti svaki drugi rad osim funkcije ravnatelja (rad na drugom radnom mjestu u istoj ustanovi, drugoj ustanovi, privatni rad, sjedenje u Saboru itd.) Članak 25. Potrebno je dopustiti izbor

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

liječnicima PZZ žele li biti privatni ugovorni liječnici ili raditi za Dom zdravlja. Ne znam jeste li primjetili, ali za rad u PZZ nema interesa, možete zadržavati koliko god želite ordinacija pod Domom zdravlja, ali netko u tim ordinacijama mora i raditi. Tko će vam raditi? Nadalje, svi PUL imaju bolje opremljene ordinacije. Nejasno je na što Domovi zdravlja i Županije troše novac koji prihode ordinacije, jer ga ne troše na raspisivanje specijalizacija, organizaciju i dostupnost skrbi i novu opremu. Županije i Ravnateljstva Domova zdravlja su veoma odgovorni za stanje PZZa u ovoj državi. Zašto im dajete više ovlasti, ako su se pokazali nesposobni da organiziraju zdravstvenu zaštitu? Članak 29. Nepotrebno je određivati broj ustanova prizvoljnim granicama lokalne samouprave. Zdravstvena zaštita se organizira na području države tako da se u obzir uzmu posebnosti geografije, populacije i drugih varijabli. Županijske granice su glupost i treba ih zanemariti. Članak 30. Nejasno je kako se planira uspostaviti Centre izvrsnosti, ako država i MiZ nisu u stanju napraviti osnovnu kontrolu kvalitete rada u svim ustanovama. Ne postoje službene smjernice za liječenje, trenutno ne postoji način da se utvrdi tko dobro, a tko loše radi, tako da je nemoguće utvrditi gdje će biti Centar izvrsnosti. Prvo treba mjeriti kvalitetu po određenim standardima neko vrijeme. Dok to ne počnete raditi, Centar izvrsnosti je samo pojam koji lijepo zvuči, ali nema nikakvo značenje. Članak 35. Hrvatska je mala zemlja tako da je nepotrebno imati 20 Zavoda za javno zdravstvo +krovna institucija. COVID pandemija vam je pokazala kako je taj ustroj trom i lijen (HZJZ šalje dopis, pa svaki Zavod šalje dopis dalje...). HZJZ treba dobiti ovlasti i odgovornost da vodi i organizira mrežu javnog zdravstva nevezano za županijske granice. Financira država. Članak 36. Ponovno ista stvar. Granice lokalnih samouprava ne bi trebale određivati zdravstvenu zaštitu. HZHM treba napraviti funkcionalnu mrežu sa dovoljno timova koji će pokrivati DRŽAVU. Tako se izbjegava rasipanje odgovornosti i stvara kompaktan, brz i efikasan sustav koji ako zakaže može vrlo brzo pokazati tko je kriv. Ako niste za opciju da HZHM vodi sve, onda ga ukinite, a ovlasti dajte Županijskim Zavodima. Članak 41. Iznimke kojima se omogućava voditeljima u bolnicama da rade privatno nisu definirane. Mjesto voditelja ustrojstvene jedinice je previše odgovorno da se pozornost tih ljudi rasipa na rad drugdje. Ovaj članak treba izbrisati i ostaviti zabranu rada voditeljima na drugim poslovima. Ako žele raditi uvijek se mogu povući sa mjesta voditelja. Članak 47. Nije jasno zašto se kažnjavaju Ustanove (koje se financiraju novcem poreznih obveznika) umjesto odgovorne osobe ili ravnatelja ako se odgovorna osoba ne može ustanoviti. Ne mogu porezni obveznici snositi trošak lošeg rada pojedinaca. Dodati odredbu da se kažnjava kršenje Pravilnika o mjerilima za prijam specijalizanata i Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine Članak 50. Zdravstveni radnici koji su u radnom odnosu u domu zdravlja najmanje posljednjih pet godina i koji ispunjavaju uvjete za obavljanje privatne prakse iz članka 47. stavka 1. točaka 1. do 8. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“,

br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) mogu podnijeti zahtjev Ministarstvu za izdavanje rješenja o obavljanju privatne prakse u ordinaciji sukladno članku 50. stavku 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) . Ovu odredbu izbrisati i omogućiti otvaranje privatne prakse svima koji žele raditi obiteljsku medicinu na takav način. Vremensko ograničavanje je nepotrebno.

113 **Anna Braniša**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve dok se nikome ne nameće kao obveza.

114 **Maria Banović**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i

područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

115 **Ličko-senjska županija**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Slijedom objavljenog predmetnog e-Savjetovanja na Nacrt Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti iznose se opći komentari, kako slijedi: Željko Nekić, član Županijske skupštine Kao član županijske skupštine protivim se svim izmjenama koje su podloga da Grad Senj u skoroj budućnosti izgubi status Doma zdravlja-Senj, odnosno da postane ispostava. Grad Senj ima specifičan geografski položaj i zasigurno u ocjeni stanja spada u područje sa specifičnim potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu te treba ojačati njegovu ulogu prema potrebama stanovništva i nikako smanjiti stupanj zdravstvene zaštite Broj zaposlenih ne treba smanjivati jer Dom zdravlja Senj posluje pozitivno ili sa minimalnim gubitkom, a specijalističke usluge sufinancira Grad Senj. Zbog specifičnosti Ličko-senjske županije smatram da svi Domovi zdravlja trebaju ostati u ovakvom organizacijskom obliku. Robert Lilion, član Županijske skupštine Članak 85., stavak 2. Pravedna Hrvatska smatra da ravnatelj bolnice treba imenovati pomoćnika ravnatelja za medicinska pitanja koji bi bio spona između pacijenata u općim bolnicama i KBC. To je posebno značajno za manje bolnice kao što je OB Gospić koja veliki broj pacijenata šalje na daljnje liječenje u veće bolnice. Da se izbjegne lutanje pacijenata po hodnicima bolnica i lutanje od liječnika do liječnika, medicinski pomoćnik ravnatelja imao bi zadaću dogovarati premještanje te daljnje liječenje svojih pacijenata Članak 103. navodi djelatnosti DZ. Pravedna Hrvatska smatra da sanitetski prijevoz treba ostati pri Domovima zdravlja jer primarna zdravstvena djelatnost najviše koristi i najuže surađuju sa sanitetskim prijevozom. Članak 156. kaže da ravnatelj zdravstvene ustanove, zamjenik ravnatelja, pomoćnici ravnatelja, predstojnici klinika, kliničkih zavoda, pročelnici zavodane mogu biti osnivači zdravstvenih ustanova niti trgovačkih društava koje obavlja zdravstvenu djelatnost u kojoj je zaposlen ,dok članak Članak 157. kaže da poslodavac tim istim vodećim ljudima zdravstvenih ustanova ipak može dati dozvolu za rad uz

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

ispunjenje određenih uvjeta. Pravedna Hrvatska smatra da ravnatelji, vodeći ljudi odjela, zavoda, klinika...ni pod kojim uvjetima ne mogu raditi van matične ustanove, istu zdravstvenu djelatnost, jer se tu radi o direktnom sukobu interesa. Članak 182. govori o mladim liječnicima kojima se nameće staž u primarnoj zdravstvenoj zaštiti vjerojatno da bi se tako na silu neutralizirao manjak liječnika u PPZ.

Pravedna Hrvatska smatra da mladim liječnicima odmah nakon završenog fakulteta treba dati priliku za specijalizacijama jer postoji kronični nedostatak liječnika u bolnicama i sve veći je odlazak mladih liječnika u inozemstvo upravo zbog ovakve zdravstvene politike. Za vrijeme fakulteta, na 6. godini, treba uvesti više praktičnog rada tako da budući liječnici budu spremni za sve izazove koji ih čekaju nakon diplome. A oni koji žele, treba im omogućiti rad uz nadzor. Danijel Tušak, član Županijske skupštine Članak 103, stavak 2. navodi koje djelatnosti Doma zdravlja obuhvaća. Moj komentar je slijedeći: - Smatram da svi liječnici obiteljske medicine, pedijatrijske, ginekološke i stomatološke ambulante trebaju dobiti dozvole za privatne ambulante, a pod Domom zdravlja trebaju biti specijalističke ambulante u kojima bi Dom zdravlja sklapao ugovore sa bolničkim liječnicima te tako približio specijalističke preglede pacijentima i ujedno smanjio liste čekanja u bolnicama. - Te specijalističke ambulante trebaju biti pod županijama koja bi dodatno i plaćala taj rad. Članak 103, stavak 12. navodi da raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnog palijativnog tima određuje župan. - Smatram da plan rada mora i jedino može određivati ravnatelj Doma zdravlja i sam koordinator palijativnog tima koji je i odgovoran za rad tog tima.

Ivan Furlan, v.d. ravnatelj Doma zdravlja Otočac
Vezano za izmjenu Zakona o zdravstvenoj zaštiti vezanih uz reformu zdravstva mišljenja sam da: 1. U Zakonu treba ostaviti mogućnost da se na području jedinice područne (regionalne) može osnivati NAJMANJE jedan dom zdravlja, što bi omogućilo da se sukladno potrebama i specifičnostima osnuje više domova zdravlja. Smatram da bi osnivanjem jednog doma zdravlja na području Ličko-senjske županije nastala velika šteta u razvoju primarne zdravstvene zaštite, njezinom sinkroniziranom djelovanju i organizacijskom vođenju. LSŽ je prostorno jako velika, a gradovi u istoj su jako udaljeni i rukovođenje iz jednog udaljenog centra bi bilo teško izvedivo i neprihvatljivo. Svi Domovi zdravlja u našoj županiji imaju svoje specifičnosti i dislocirane područne ambulante, u kojima i nije jednostavno organizirati pružanje zdravstvene zaštite, prijevoz zdravstvenih radnika, čišćenje i grijanje ordinacija itd.

Sagledavajući naprijed navedeno, za funkcioniranje zdravstvene zaštite na području Ličko-senjske županije jedino svrsishodno bilo bi zadržavanje postojećeg stanja, jer bi eventualne uštede proizašle iz objedinjavanja domova zdravlja u županiji bile neznatne u razmjeru sa štetnim posljedicama takvog objedinjavanja. 2. Djelatnost sanitetskog prijevoza zbog svojih karakteristika prvenstveno treba na usluzi obiteljskoj medicini i drugim djelatnostima PZZ i najlogičnije je da bude organizirana u sklopu domova zdravlja i „funkcionalno integrirana“ sa

drugim djelatnostima primarne zdravstvene zaštite. Djelatnost sanitetskog prijevoza treba biti najizraavnije dostupna potrebama pacijenata koji svoje pravo ostvaruju putem ordinacija OM, u organizaciji elastična i prilagodljiva različitim situacijama.. Sanitetski prijevoz služi isključivo primarnoj zdravstvenoj zaštiti te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Financijski doprinos sanitetskog prijevoza u poslovanju domova zdravlja nije zanemariv te bi se gubitkom tog segmenta domovi zdravlja koji posjeduju sanitetski prijevoz doveli u stanje negativnog poslovanja. Zoran Vidas, ravnatelj Doma zdravlja Novalja Članak Nacrta PZIDZZZ Članak 10. Tekst Nacrta PZIDZZZ „Iza članka 39. dodaju se članci 39.a, 39.b i 39.c koji glase: Članak 39.c (1) U svrhu provođenja mjera zdravstvene zaštite za povećani broj korisnika zdravstvene zaštite koje se pružaju turistima, može se organizirati rad turističke ambulante. (2) Turistička ambulanta se organizira izvan mreže javne zdravstvene službe. (3) Turističku ambulantu iz stavka 1. ovoga članka može organizirati jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb, jedinica lokalne samouprave, turistička zajednica, druga pravna i fizička osoba koja obavlja turističku djelatnost, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili privatni zdravstveni radnik, u skladu sa člankom 11. stavcima 6. i 9. ovoga Zakona. (4) Pravne i fizičke osobe iz stavka 3. ovoga članka dužne su utvrditi i razdoblje rada turističke ambulante tijekom godine. (5) Ministarstvo rješenjem utvrđuje da turistička ambulanta ispunjava normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme. (6) Protiv rješenja iz stavka 5. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom. (7) Normative i standarde u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme iz stavka 5. ovoga članka, pravilnikom propisuje ministar uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. (8) Ako tijelo iz stavka 7. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 7. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“

Komentar: Izmijeniti stavak 2. članka 39.c. u smislu da se turističke ambulante organiziraju unutar mreže javne zdravstvene službe, odnosno da nositelji EKZO (plave) kartice imaju pravo na usluge pružene u turističkoj ambulanti u okviru dosadašnjeg pokrivanja koje imaju nositelji EKZO kartice. Na taj način rješava se nekoliko problema koji se događaju tijekom ljetne sezone kod ugovorenih ordinacija: - Problem preopterećenosti ugovorenih ordinacija, koje su u obvezi prihvatiti nositelja EKZO kartice. U turističkim mjestima, tijekom ljetne sezone, u pravilu od 2 – 4 mjeseca, broj turista i nositelja EKZO kartice iznosi i do 10 puta više od stalnih osiguranika. Kako i na koji način da ugovorena ordinacija pruži zadovoljavajuću zdravstvenu uslugu uz 10 puta više osiguranika? - Problem dostupnosti zdravstvene zaštite / usluge za nositelje EKZO kartice. Da bi dobili zdravstvenu zaštitu / uslugu, nositelji EKZO kartice ponekad trebaju čekati i više dana, zbog

velikog broja osiguranika koji čekaju na uslugu. - Problem dostupnosti zdravstvene zaštite / usluge za „redovne“ osiguranike. Da bi dobili zdravstvenu zaštitu / uslugu, „redovni“ osiguranici trebaju čekati i više dana, zbog velikog broja osiguranika koji čekaju na uslugu. Članak Nacrta PZIDZZZ Članak 24. Tekst Nacrta PZIDZZZ U članku 102. stavak 2. mijenja se i glasi: „(2) Na području jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba osniva se jedan dom zdravlja.“. Stavak 3. briše se. Stavak 4. koji postaje stavak 3. mijenja se i glasi: „(3) Zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite na pojedinim područjima te na otocima može se osnovati podružnica doma zdravlja.“ Komentar: Stavak 4. članka 102. ne treba mijenjati, ostaviti kao i do sada: „Jedinica područne (regionalne) samouprave može zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite osnovati dom zdravlja na otoku“. Ako su osnivači domova zdravlja županije, njima treba ostaviti mogućnost da same odrede broj domova zdravlja na svom području, jer će tako na najbolji mogući način njima upravljati. Treba imati na umu da nisu sve županije jednako razvijene, pa tako ni pojedina naselja unutar županija. Neki gradovi / općine pomažu domove zdravlja s većim iznosima nego što to rade županije. Lokalnoj samoupravi bitno je kakvu zdravstvenu zaštitu imaju njezini stanovnici, pa sukladno tome i pomažu domovima zdravlja. Iz dosadašnjih primjera okrupnjavanja javnih ustanova sigurno je samo, da će se povećati „administracija“ u središtu ustanove. Članak Nacrta PZIDZZZ Članak 25. Tekst Nacrta PZIDZZZ Članak 103. mijenja se i glasi: ... (2) Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti. Komentar: Odluku tko će upravljati sanitetskim prijevozom treba prepustiti osnivaču – županiji koja će odluku donijeti nakon detaljne analize pozitivnih i negativnih aspekata doma zdravlja i HMS. Članak Nacrta PZIDZZZ Članak 26. Tekst Nacrta PZIDZZZ Članak 104. mijenja se i glasi: „Iznimno od odredbe članka 36. ovoga Zakona, sanitetski prijevoz mogu obavljati i druge zdravstvene ustanove sukladno uvjetima propisanim pravilnikom iz članka 138. ovoga Zakona.“. Komentar: Uzimajući u obzir stavak 2. članka 25. ovog nacrta i ovog članka (26.), za sanitetski prijevoz može se reći: - Domovi zdravlja nemaju pravo obavljati sanitetski prijevoz, a svi drugi, koji zadovoljavaju uvjete, mogu! Ako znamo da sanitetski prijevoz služi isključivo primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koji je smisao i svrha ovog članka? Sandra Čubelić, ravnateljica Opće bolnice Gospić Člankom 13. predmetnog prijedloga uređuje se prenošenje osnivačkih prava nad općim bolnicama na Republiku Hrvatsku uz odgovarajuće izmjene u odredbama o upravnim vijećima itd., mišljenja smo da izmjene tih odredbi i prenošenje osnivačkih prava neće riješiti financijske probleme u

zdravstvu. Usklađivanje s istima samo će produžiti vrijeme reforme, a osim toga lokalne potrebe stanovništva-pacijenata bliže su jedinici područne (regionalne) samouprave nego centralnoj vlasti, gotovo cijelu regulaciju odnosa u zdravstvu već sada ima država, ovo je minimum utjecaja koji bi i dalje trebao ostati u ingerenciji lokalne samouprava koja osim navedenog utjecaja ostaje i bez dosta velike imovinske vrijednosti nekretnine i opreme u koju je ulagala. Dakle, nije ključ reforme u promjeni vlasništva već modela financiranja zdravstva, odgovornosti pacijenta za svoje zdravlje, smjernicama u liječenju te u redefiniranju „košarice“ usluga koje pokriva HZZO, a koje pacijent te cijeni zdravstvenih usluga odnosno zdravstvo treba promatrati u kontekstu gospodarskog stanja u državi i izdvajanja za isto u usporedbi s drugim državama. Cijela reforma je provediva i bez promjena titulara, a ta je stvar od posebnog značenja za manje razvijene županije i one koje su udaljenije od glavnog grada RH. Vezano za noveliranje odredbi o specijalizacijama svakako treba uz navedeno u nacrtu na određeni način utvrditi pregled situacije-napraviti mrežu iz koje je vidljivo gdje ima slobodnih specijalizacija, a gdje ima viška te je na tom mjestu i dalje moguće dobiti specijalizaciju unatoč višku. Osim uvođenja novog načela kvalitete – omogućuje najviši mogući povoljan ishod liječenja, u zakonu treba definirati rokove za provedbene akte kojima bi se navedeni ishodi doista i egzaktno pratili. Vezano za dodatne uvjete koje mora ispunjavati ravnatelj ustanove i njegov zamjenik, čl. 17 predmetnog zakona mišljenja smo da dodatne edukacije trebaju završiti oni kandidati koji nemaju iskustva u upravljačkim strukturama u zdravstvu, a oni koji npr. već dvije godine obavljaju poslove menadžmenta nema smisla da se educiraju za osnove iz područja upravljanja u zdravstvu. U tom kontekstu u članku 85. st. 6 ZZZ za ravnatelja – umjesto „radnog iskustva u struci“ logičnije je propisati uvjet radnog iskustva na rukovodećim funkcijama ili poslovima upravljanja budući da se radi o standardu koji je uvelike zaživio za rukovodeće osoblje u nizu institucija i tvrtki ili vrlo specifično “radno iskustvo u zdravstvu” ili sve alternativno, a da Upravno vijeće odluči. Vezano za kategorizaciju odnosno nivo zdravstvene ustanove treba definirati članak kojim bi se utvrdili rokovi za provedbene akte kojima bi se uredila materija vezano uz provođenje postupaka i pretraga, da se jednostavniji postupci i pretrage provode u ustanovama niže kategorije, a nikako istovremeno i mogućnost u najvišima kategorijama ustanova, te tako dovode do stvaranja liste čekanja za kompliciranije zahvate. Neobično je bitno za stabilizaciju zdravstvenog sustava poštivanje načela supsidijarnosti koje je za sada deklarativno obzirno da pacijenti usluge razine primarne zdravstvene zaštite obavljaju u bolničkim OHBP-ima čime se bespotrebno povećava potrošnja bolnica te je stoga nužno vratiti pacijente na liječenje i obradu u domove zdravlja i hitnu medicinu, također zalažemo se za praćenje ishoda liječenja i osnivanja centara izvrsnosti.

116	<p>Ličko-senjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Ernest Petry, Župan Ličko-senjske županije Slijedom objavljenog predmetnog e-Savjetovanja na Nacrt Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (u daljnjem tekstu: Zakon) iznosimo opće komentare, kako slijedi: - U Nacrtu Zakona člankom 13. uređuje se prenošenje osnivačkih prava nad općim bolnicama, a člankom 14. osnivanje jednog doma zdravlja na području jedinice područne (regionalne) samouprave. Predložene izmjene Zakona u smislu nove reorganizacije su dobre ukoliko je promjena vlasništva u cilju efikasnijeg rješavanja financijske stabilnosti zdravstvenih ustanova kojih je do sada županija bila osnivač. Isto tako treba uzeti u obzir specifičnost pojedinih područja, kao što je i Ličko-senjska županija u pogledu prostora, odnosno prostorno najveće Županije, s najvećim brojem staračkog stanovništva, velikom disperzijom i udaljenosti, ne malim brojem otoka, kojim se omogućuje osnivanje doma zdravlja na otoku, zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite. - Izmjena članka 104. odredbom članka 26. Nacrta, kojim se predviđa mogućnost izdvajanja sanitetskog prijevoza iz primarne zdravstvene zaštite (doma zdravlja) treba preispitati budući bi istim to oslabilo prihode domova, koji nisu s te osnove zanemarivi (i do 2 mil kn). - Vezano za uvjete ravnatelja i njegovog zamjenika i pomoćnika zdravstvene ustanove člankom 17. Nacrta Zakona i dodatne edukacije za upravljanje ustanovom treba sagledati s osnova radnog iskustva na rukovodećim funkcijama. - Člankom 43. novelacijom odredbe o odobravanju specijalizacije uvođenjem novoga uvjeta za doktore medicine, jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba sagledati s obzirom na mogućnost zadržavanja mladih liječnika na specifičnim područjima, te bržeg uvođenja u tržište rada. Shodno prethodno navedenom, svaka izmjena Zakona o zdravstvenoj zaštiti (reforma zdravstva) treba imati za svrhu i cilj kvalitetu pružanja zdravstvene usluge koja je dostupna svima bez obzira u kojem području RH živjeli. Isto tako mora osigurati ostanak mladih liječnika na području RH i u zdravstvenim ustanovama, koje bez obzira na situaciju prate dostignuća moderne tehnologije i edukacije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
117	<p>IVONA ABRAMOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao edukacijski rehabilitator zaposlen u zdravstvu u potpunosti podržavam stav i komentare Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora, Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te Komora i Društava naših srodnih djelatnosti (psihologa, socijalnih pedagoga i dr.). Podržavam sljedeće izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti: Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, edukacijski rehabilitatori ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“

Visokoškolsko obrazovanje edukacijskih rehabilitatora uključuje niz kolegija iz područja temeljnih i kliničkih medicinskih znanosti, kao i kliničkih praksi, koje osposobljava edukacijske rehabilitatore koji djeluju u sustavu zdravstva u pružanju zdravstvene zaštite stanovništva te svoja stečena znanja i izlazne kompetencije koriste u procesu dijagnostike i liječenja (rehabilitacije). Ako se gleda sama klasifikacija djelatnosti, prema informacijama Državnog zavoda za statistiku, prema Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007. koja je stupila na snagu 01.01.2008. te je i dalje na snazi, defektološka (edukacijsko-rehabilitacijska) djelatnost razvrstava se u razred 86.90 Ostale djelatnosti zdravstvene zaštite. Edukacijski rehabilitatori provode zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 4. i prema aktualnom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2020.- 2022. edukacijski rehabilitatori se navode kao izvršitelji čak 73 mjere zdravstvene zaštite i kao suradnici u izvršavanju 30 mjera zdravstvene zaštite. Većinski su kao izvršitelji i suradnici prepoznati na području psihijatrije, dječje i adolescentne psihijatrije te na području zaštite mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti. Izuzev toga, postoji niz mjera zdravstvene zaštite na području prevencije, dijagnostike, rehabilitacije i liječenja djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom koje provode, ali nisu navedeni kao izvršitelji, niti kao suradnici (19 mjera zdravstvene zaštite), kao i niz mjera koje provode, a koje nisu obuhvaćene Planom i programom mjera zdravstvene zaštite. Edukacijski rehabilitatori su stručnjaci koji sudjeluju u timskoj dijagnostici, liječenju, habilitaciji i rehabilitaciji pacijenata - djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika i simptomima rizika; djece, mladih i odraslih osoba s: intelektualnim teškoćama, teškoćama učenja, ADHD-om, poremećajem iz spektra autizma (PSA), višestrukim teškoćama, motoričkim poremećajima, kroničnim bolestima, teškoćama vizualne percepcije; slijepe, slabovidne i gluhoslijepe djece, mladih i odraslih; kao i njihovog okruženja. U sustavu zdravstva neophodni su u dijagnostičkom procesu svih razvojnih teškoća prema MKB-10, kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Dopunu članka 30., stavka 2., na način da glasi: „Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske (opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece; školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata; javnog zdravstva; zdravstvene zaštite žena; dentalne zdravstvene zaštite; dentalnih

laboratorija; higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite; medicine rada/medicine rada i sporta; zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti; logopedije; patronažne zdravstvene zaštite; zdravstvene njege u kući; primaljske skrbi; fizikalne terapije; radne terapije; hitne medicine; sanitetskog prijevoza; palijativne skrbi; ljekarništva; radiološke dijagnostike; laboratorijske dijagnostike; telemedicine; zdravstvene ekologije; sanitarnog inženjerstva; edukacijske rehabilitacije“. Također predlažemo dopunu članka 32., stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. podstavaka 9., 11., 15., 19. i 26. ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, fizikalne terapije, palijativne skrbi i edukacijske rehabilitacije mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“, „edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti“ znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa, kliničkih psihologa, edukacijskih rehabilitatora, poglavito u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite mentalnog zdravlja sve u cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“. Kroz priloženu argumentaciju vidljivo je kako rad i usluge koje pruža edukacijski rehabilitator u zdravstvu prelaze ulogu suradnika u zdravstvu te stoga predlažemo da se u izmjenu Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te se na taj način omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije u svrhu poboljšanja sustava zdravstvene zaštite i interesa djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom.“

- 118 **Željka Bogović Žabkar**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Prijedlozi Strukovnog razreda za zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost Hrvatske komore zdravstvenih radnika Predlaže se u čl. 46. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izmjena st. 3. tako da isti glasi: "Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na ordinacije odgovarajuće se primjenjuju na medicinsko-biokemijske laboratorije, privatne prakse za zdravstvenu njegu u kući, privatne prakse fizioterapeuta, privatne prakse primalja, privatne prakse dentalnih tehničara, privatne prakse

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

sanitarnih inženjera, privatne prakse radnih terapeuta, privatne prakse radioloških tehnologa i ljekarne u kojoj se obavlja ljekarnička djelatnost kao privatna praksa." Obrazloženje: Utvrđuje se mogućnost obavljanja privatne prakse za radiološke tehnologe (stručni/sveučilišni prvostupnici radiološke tehnologije i magistri radiološke tehnologije)

Predlaže se u čl. 49. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izmjena st. 1. tako da isti glasi: Zdravstveni radnik prvostupnik i zdravstveni radnik koji je stekao kvalifikaciju završetkom srednjoškolskog obrazovanja mogu, sukladno posebnom zakonu kojim se uređuju profesije u zdravstvu, obavljati privatnu praksu iz svoje kvalifikacije stečene obrazovanjem, i to: – medicinske sestre / medicinski tehničari – primalje – fizioterapeuti – dentalni tehničari – radni terapeuti - radiološki tehnolog . iza stavka 3. dodaje se stavak 4 koji glasi: „(4) Radiološki tehnolozi (stručni/sveučilišni prvostupnici radiološke tehnologije i magistri radiološke tehnologije) iz stavka 1. podstavka 1. ovoga članka poslove zdravstvene radiološko-tehnološke djelatnosti obavljaju samostalno sukladno normativima i standardima za obavljanje privatne prakse uz osiguranje izrade radiološkog nalaza od strane doktora - radiologa (telemedicina). Stavci 4,5,6,7 postaju stavci 5,6,7,8. Obrazloženje: Utvrđuje se mogućnost obavljanja privatne prakse za radiološke tehnologe (stručni/sveučilišni prvostupnici radiološke tehnologije i magistri radiološke tehnologije).

Očitavanje radioloških nalaza od strane doktora – radiologa u privatnoj praksi ili kroz sustav telemedicine. Predlaže se izmjena čl. 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) tako da isti glasi: "Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Hrvatska komora radioloških tehnologa i ostale komore u zdravstvu (u daljnjem tekstu: komore) strukovne su organizacije zdravstvenih radnika sa statusom pravne osobe."

Obrazloženje: Utvrđuje se osnivanje Hrvatske komore radioloških tehnologa (kroz donošenje izmjena i dopuna Zakona o djelatnostima u zdravstvu ili strukovnog zakona utvrditi će se postupak i rokovi izdavanja Strukovnog razreda za zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost iz Hrvatske komore zdravstvenih radnika te osnivanje Hrvatske komore radioloških tehnologa). Hrvatska komora zdravstvenih radnika iz čl. 239. ZZZ jedina je komora u sustavu zdravstva koja okuplja četiri struke.

119	<p>Mirjana Kučina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Mirjana Kučina Dopredsjednica Hrvatske komore zdravstvenih radnika Voditeljica Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije Slijedom otvorenog javnog savjetovanja o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti dostavljamo vam prijedlog izmjene i dopune članka 174. koji se odnosi na pripravnički staž zdravstvenih radnika. U dijelu koji se odnosi na pripravnički staž dodati: Pripravnici prvostupnici radne terapije obavljaju cjeline Plana i programa pripravničkog staža u ustanovama koje osiguravaju provedbu djelatnosti radne terapije i izvan sustava zdravstvene zaštite, s tim da su obvezni proći sve cjeline utvrđene Planom i programom pripravničkog staža. Pripravnici prvostupnici radne terapije stručni ispit polažu u Ministarstvu zdravstva. Obrazloženje: Stručni prvostupnici radne terapije mogu svoju djelatnost provoditi i izvan sustava zdravstvene zaštite, pod uvjetima iz članaka 45. i 46. Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN87/09). Smatramo važnim da se pripravnički staž obavlja u ustanovama u kojima se provodi djelatnost radne terapije, bez obzira kojem sektor pripadaju, s tim da se stručni ispit polaže nadležnom Ministarstvu zdravstva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
120	<p>Matica umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Poštovani, Slijedom otvorenog javnog savjetovanja o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti dostavljamo vam primjedbe i prijedloge, kako slijedi: Matica umirovljenika Hrvatske u reformi zdravstvene skrbi zalaže se za ostvarenje sljedećih ciljeva: - ostvarivanje primjerene zdravstvene skrbi za umirovljenike i starije osobe, osobito samaca i onih čiji su prihodi ispod ili na granici siromaštva, - ravnomjernu i jednako dostupnu zdravstvenu skrb osobito starijim osiguranicima na ruralnim područjima Hrvatske, posebice u ruralnim područjima i otocima, - poboljšanje zdravstvene skrbi za starije osobe smještene u ustanovama socijalne skrbi, - omogućavanje i poticanje razvoja zdravstvenog turizma kojim će Hrvatska postati međunarodno prepoznatljiva destinacija što je moguće postići razvojem pružanja zdravstvenih usluga i usluga socijalne skrbi u dijelu smještajne skrbi starijim osobama (osobito stranim građanima) te proširenjem zdravstvenih usluga na stomatološke, ortopedske, sportske, estetsku kirurgiju, osobni rast i razvoj, tretmane protiv pretilosti i sl., - osiguranje i dostupnost palijativne skrbi za sve kojima je potrebna, - osiguranje dostupnosti određenog broja kreveta za osobe u terminalnoj fazi bolesti (hospicija), primjerice određeni postotak kreveta u svakoj općoj bolnici ili stacionaru namijeniti za te potrebe, - prihvaćanje i uređenje uloge nezdravstvenih struka koje mogu biti značajni rehabilitatori i dati doprinos prevenciji i očuvanju preostalog zdravlja (logopedi, edukacijski</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

rehabilitatori, socijalni radnici, psiholozi,) - omogućavanje rada liječnicima, koji to mogu i žele, nakon 65. godina života, - osmišljavanje poticaja mladim liječnicima za rad u ruralnim sredinama i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, umjesto prisile i kažnjavanja, - omogućavanje nad standarda osiguranicima koji to žele i mogu financirati. Slijedom navedenih ciljeva na tekstove nacrtu zakona predložimo slijedeće, u odnosu na : Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti I. U vezi s člankom 8. i glavom III: Zdravstveni turizam predložimo fleksibilnije uređenje toga područja te povezivanje ne samo s propisima iz područja turizma, već i sporta, socijalne skrbi, ugostiteljstva i sl. kako bi se u većoj mjeri iskoristili potencijali Hrvatske za ostvarivanje zdravstvenih usluga i usluga socijalne skrbi u dijelu smještajne skrbi starijim osobama (osobito stranim građanima) te proširenjem zdravstvenih usluga na stomatološke, ortopedske, sportske, estetsku kirurgiju, osobni rast i razvoj, tretmane protiv pretilosti i sl., II. U članku 25. kojim se mijenja članak 103. predložimo da se u: - stavku 3. doda da dom zdravlja zdravstvenu njegu u kući i fizikalnu terapiju u kući može obavljati i u domu socijalne skrbi i u udomiteljskoj obitelji. Time bi se osigurala zdravstvena zaštita i osiguranicima koji nisu u vlastitom domu, a ujedno bi se poboljšala zdravstvena skrb i indirektno kontrola skrbi o osobama na smještajnoj socijalnoj skrbi. - u stavku 15. predložimo da se domu zdravlja omogući organiziranje stacionara za pružanje palijativne skrbi (hospicija). Na taj način bi se zaokružilo ostvarivanje zdravstvene zaštite od rođenja do smrti, a osim toga primjerena zdravstvena skrb mnogim osiguranicima u terminalnoj fazi bolesti ne može se pružiti u vlastitom domu, - III. U vezi s člankom 43. kojim se propisuju uvjeti odobravanja specijalizacije predložimo da se razmotre načini poticanja i nagrađivanja doktora medicine koji prije toga određeno vrijeme odrade u ruralnim sredinama, odnosno na otocima te da se tim doktorima medicine da prednost pri odobravanju i izboru vrste specijalizacije. IV. U članku 29. predložimo dodati novi stavak koji glasi : „Opća bolnica 10% posteljnih kapaciteta osigurava za pružanje smještajne palijativne skrbi (hospicija).“

121	<p>Mirjana Kučina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Dopredsjednica Hrvatske komore zdravstvenih radnika Voditeljica Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije Zdravstveni radnici iz članka 47. ovoga Zakona mogu imati samo jednu ordinaciju, ljekarnu ili medicinsko-biokemijski laboratorij, a zdravstveni radnici iz članka 49. ovoga Zakona samo jednu privatnu praksu u svojoj struci. Ograničenje iz stavka 3. članka 54 ne odnosi se na magistre farmacije, fizioterapeute te na dentalne tehničare koji obavljaju privatnu praksu. Potrebno u stavku 3. članka 54 dodati RADNI TERAPEUTI. Obrazloženje: Zbog specifičnosti u provođenju djelatnosti radne terapije, potrebno je dodati i radne terapeute.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
122	<p>Dan Kudelić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih

medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

123 **Borna Rupčić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće

<p>uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
<p>124 Sanja Dokoza Matejčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Podržavam prijedloge i primjedbe KOHOM-a. Istaknula bih one koje se odnose na rad u HMP-u "u izvanrednim okolnostima, na zahtjev, izvan radnog mjesta" bez jasnog kriterija tko zašto kada i kud zove- nepoštivanje ovog vuče ogromnu kaznu. Ne slažem se s obaveznom mirovinom sa 65 g. Ovakav zakon neće ojačati PZZ nego ju gura u propast. Nema rasterećenja administracije, nema trećeg člana tima, nema smanjenja broja osiguranika po timu, nema trajne edukacije, nema pristojnih primanja.. Ali ima robovlasničkog odnosa. Ima kažnjavanja i omalovažavanja već dovoljno izmrcvarene obiteljske medicine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>125 Laura Vuglec NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno

opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

126 **Kristijan Medarić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.

Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima

	akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.	
127	<p>Domagoj Blažević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj

je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl. Petar Šain 06.11.2022 19:110 0 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja

specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se

rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

128 **UDRUGA DENTALNIH TEHNIČARA REPUBLIKE HRVATSKE
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Podržavamo jako i pravedno javno zdravstvo koje će funkcionirati na dobrobit zaposlenika i pacijenata i smatramo Solidarni javni zdravstveni sustav najdragocjenijim i najhumanijim civilizacijskim dosegom. Dentalni tehničari su kao i pacijenti kolateralne žrtve nakaradne privatizacije kojoj je samo bitan profit i kojom lobisti tajkunizacije zbog vlastitih interesa i profita uništavaju i "melju" sve pred sobom u nastojanju da se dokopaju što više novca iz Solidarnog javnog zdravstvenog sustava (koji im služi kao bankomat iz kojeg grabe kad im se i koliko prohtije), a taj cilj ne bira sredstva. Takva praksa je i dovela do urušavanja zdravstvenog sustava. Zbog toga u potpunosti podržavamo prijedloge UHP (Udruga hrvatskih pacijenata) od 26.10.2021.g. i iznosimo ih u izvornom obliku: "1. Po svaku cijenu mora se sačuvati naše opće dobro - Solidarni javni zdravstveni sustav (SJZS) jer je on najdragocjeniji i najhumaniji proizvod u povijesti civilizacije i nema alternativu. Molimo Vas, nemojte dopustiti da nas ti neki pohlepni lobisti tajkunizacije (privatizacije) našeg općeg dobra SJZS, vraćaju u mrak privatnog zdravstva iz 19.st. u kojem je zdravlje bilo roba kao npr. cipele, odijelo ili drugo, pa ako imaš novca - kupi se i liječi, a ako nemaš novca - trpi i pati čekajući zakon biologije. To je potpuno neprihvatljivo u civilizaciji 21.st. 2. Cijelo poslovanje u SJZS staviti javno dostupnim na internetu. Treba detaljno svaki račun staviti javno na internet i to za svaku lipu po plaćenim računima, za svaki pojedini račun koji se plaća iz našeg solidarnog novca putem HZZO-a. To je tehnički moguće učiniti a da se pri tome strogo poštuju sva pravila o zaštiti podataka pacijenata. 3. Na jednom mjestu objediniti i centralizirati svu javnu nabavu za cijeli SJZS i podatke učiniti javno dostupnima na transparentan način. 4. Zabraniti miješanje praksi i omogućiti onima koji sada miješaju prakse da biraju hoće li raditi u SJZS ili privatnom zdravstvu. Privatno zdravstvo neka se razvija privatnim kapitalom na tržištu. 5. Depolitizirati javno zdravstvo (kao što je to učinjeno s vojskom i policijom). Zdravstvo je prevažno da bi bilo stranačka igračka i mjesto stranačkog uhljebljivanja. 6. Javno na internetu prikazati kada na vrijeme i koliko država uplaćuje svojih obveza prema solidarnom HZZO. 7. Izgraditi vlastite, državne,

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

neprofitne tvornice generičkih lijekova koje bi imale velikog značaja po nacionalnu sigurnost pri svakoj malo većoj krizi i trajno nas riješile moguće korupcije i nepotrebne potrošnje koje su posljedice profitne proizvodnje lijekova. 8. Osnovati neovisni specijalizirani zdravstveni USKOK koji bi se bavio isključivo solidarnim javnim zdravstvom (tko, koliko i što radi, kako se troše solidarni novci u SJZS i slično). Na ovaj način bi potakli odgovornost svakog pojedinca (i oboljelih i zaposlenika) u sustavu. 9. Hitno propisati u kojim rokovima se mora dobiti svaka pojedina dijagnostička i druge usluge u SJZS. Bez jasno definiranih rokova u SJZS upitna je i dostupnost na liječenje u trenutku potreba, što može biti znak za preusmjeravanje oboljelih iz SJZS u privatno zdravstvo. 10. Uvesti da uz otpusno pismo oboljeli mora dobiti i specificiran račun prilikom otpusta iz zdravstvene ustanove. S otpusnim pismom i tim računom oboljeli se mora javiti svom liječniku u PZZ koji mu je i izdao uputnicu za liječenje. 11. Uvesti izdavanje računa za svaku uslugu koja se naplaćuje u SJZS (npr. u PZZ stomatologiji, ginekologiji,.. itd.) Javno objaviti kako ti računi moraju izgledati i na taj način educirati sve nas, a onda propisati povrat poreza za usluge liječenja koje oboljeli mora plaćati u SJZS iz svog džepa. Uvođenjem povrata poreza za plaćene usluge u solidarnom javnom zdravstvu smanjila bi se siva ekonomija, a oboljeli bi bili motivirani za povrat novca...itd. 12. Pitamo Vas kako se formiraju cijene lijekova u Hrvatskoj? Na primjer, navodno je nedavno gospodin Šprajc javno iznio da je cijena lijeka Sumamed u Hrvatskoj 75 kn, u Sloveniji 61 kn, a u BiH 51 kn. (taj podatak su mi javili, a nisam ga mogao provjeriti - ako je netočan, ispričavam se!). Pitamo Vas kako je moguće da je Sumamed skuplji u Hrvatskoj nego u bogatijoj Sloveniji? Pitamo Vas na koji način se formiraju cijene lijekova u Hrvatskoj? Predlažemo Vam da za formiranje cijena lijekova u Hrvatskoj uzmete referentne cijene lijekova u Sloveniji, Mađarskoj, BiH, Srbiji i onda formirajte cijene lijekova u Hrvatskoj. 13. Zabraniti smanjenje trenutnih prava osiguranika HZZO-a koji imaju osnovno i dopunsko osiguranje. Za sve osiguranike HZZO-a, na načelu solidarnosti zdravstvena usluga mora biti dostupna u trenutku potrebe na zlatnom standardu, a po odluci savjesnih, odgovornih, solidarnih i humanih zdravstvenih djelatnika. Mnogi koji poznaju poslovanje u SJZS kažu da novca, cca 27 milijardi kn, ima dovoljno, ali se mora reformirati sustav upravljanja s tim novcem i uvesti i osobnu odgovornost na svim razinama. "

129 **KRISTINA TOMAK**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u

svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

130	<p>Rudika Gmajnić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Nakon skandalozne ministrove izjave kako odlični studenti, pa još i znanstveno aktivni neeć morati na "robiju" od jedne godine u PZZ,ne znam koji bi komentar napisao, a da bude pristojno. Zar netko doista misli da će mladi liječnici pokrpati nedostatak liječnika u OM? Pa koju poruku šaljete građanima? Za vas su dobri i loši studenti bez radnog iskustva. Gdje su nestale floskule o PZZ kao temelju zdravstvenog sustava? A koju poruku šaljete studentima medicine? Ako ste loši i nitko vas neće uvijek ima mjesta u OM. Hitno kroz sustav DTP-a koji jamči raspon rada i kontrolu kvalitete, osigurajte da OM zaista odradi 80% potreba gtađana. Osloboditi čete 5- 6 milijardi kuna godišnje (izračunali ekonomisti) i dobiti ono što i prosječni zdravstveni sustavi omogućuju: kvalitetu, dostupnost i ravnopravnost za sve građane kojima ste ministar.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
131	<p>Zrinka Marušić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U potpunosti se slažem i podržavam prijedloge KoHOM-a iznesene u ovom e-savjetovanju. Smatram da ovakav Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenoj zaštiti ne pridonosi jačanju obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
132	<p>KLARA ŠERER NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu

pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

133 **Vedran Jakšić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom

specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl. .

134 **Petar Šain**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

- 135 **AFAN ALIŠIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji

pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

137	<p>Bartul Vuković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Student sam 5. godine medicine i razočaran sam predloženim promjenama u vidu "prisilnog rada" nakon završenih 6 godina fakulteta. Mislim da je trenutna situacija nakon fakulteta prihvatljiva i daje studentima izbor, ako se netko osjeća spremno za rad može odmah početi raditi, a ako ne onda može ići na sekundarijat i tu dobiti sigurnost u sebe. Mislim da se većina nas želi osamostaliti, početi samostalno raditi što prije i nitko ne želi raditi za ispodprosječnu plaću nakon toliko dugo studiranja. Ova promjena nam i odgađa vrijeme za traženje specijalizacije pa se može dogoditi da nam se željena specijalizacija raspiše, a ne možemo se prijaviti do sljedećeg raspisivanja. Ako već želite da studenti rade u PZZ možete povećati broj bodova koje rad u PZZ daje na natječaju za specijalizaciju. Ovako ispada kao da želite da odemo u inozemstvo .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
138	<p>Hrvatsko Psihijatrijsko Društvo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Hrvatsko Psihijatrijsko Društvo donosi sljedeći komentar: Prema Nacionalnoj razvojnoj strategiji Republike Hrvatske do 2030. godine, strateški cilj 5 jasno se navodi da 1. Horizontalno će se u sustavu zdravstva razvijati sustavi integracije preventivne medicine, kurativne medicine i ljekarničke skrbi s rehabilitacijom i palijativnom skrbi. Intervencije će se aktivno koordinirati sa socijalnom skrbi i drugim dionicima koji podržavaju skrb u kući i zajednici, po modelu 24 dostupnosti kroz sve dane u godini. Vertikalno će se u sustavu koordinirati skrb s konzilijarnim, stacionarnim i jednodnevnim intervencijama u bolnicama kako bi se građanima osigurala primjerena skrb što bliže mjestu stanovanja. Kontinuitet i kvaliteta dugotrajne skrbi osigurat će se koordinacijom i integracijom svih dionika u zdravstvu i socijalnoj skrbi 2. Prioriteti politike na području zdravstva i zdravstvene skrbi: - modernizacija zdravstvenih usluga jačanjem primarne zdravstvene zaštite i razvojem modernog bolničkog sustava te njihovim povezivanjem - unaprjeđenje odgovora na krizne situacije u zdravstvenom sustavu -unaprjeđenje zdravstvene zaštite za ranjive skupine Kao društvo podržavamo referiranje na navedeno Strategiju, ali također predlažemo referiranje i na druge relevantne dokument, uključujući i Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine, u kojem se jasno definira (strateški cilj 5) da su „Temeljem tako utvrđenih potreba te provedenog mapiranja zdravstvenih potreba i konzultacija definirani su sljedeći prioriteti politike na području zdravstva i zdravstvene skrbi: -koordinacija i integracija sa sustavom socijalne skrbi te razvoj svih oblika potrebne dugotrajne skrbi kako bi se osiguralo načelo 24/7/365 - modernizacija zdravstvenih usluga jačanjem primarne zdravstvene zaštite i razvojem modernog bolničkog sustava te njihovim povezivanjem Pod unaprjeđenje zdravstvenog</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

sustava jasno se navodi da je potrebno -formiranje različitih oblika multidisciplinarnih timova (ljekarnička skrb, nutricionizam, mentalno zdravlje, programi promocije zdravlja i prevencije bolesti, palijativna skrb itd.)“ -omogućiti poslovnu fleksibilnost u organizaciji zdravstvene zaštite unutar sustava te suradnju s ustanovama specijalističko-konzilijarnih djelatnosti. Pri tome kao ključne kriterije uzimati dobrobit pacijenata (dostupnost i kvaliteta skrbi) te održivost modela skrbi u specifičnim okolnostima na lokalnoj razini, -uspostaviti koordinaciju i integraciju zdravstvene zaštite sa socijalnom skrbi na razini skrbi u kući i u zajednici, •kao poseban program razvijati modele dugotrajne skrbi koji će se ovisno o vrsti i intenzitetu zdravstvenog problema provoditi u kući, ustanovi socijalne skrbi ili zdravstvenoj ustanovi, ali u kontinuitetu, koordinirano i s cjelovitim pristupom koji osigurava skrb po modelu 24/7/365. Sukladno navedenim dokumentima, kao i Planom i programom mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022. Ministarstva zdravstva objavljenom u NN 142/2020 21.12.2020. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_142_2753.html poglavlju 4.3. ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA predlažemo da jedan od ciljeva zakona bude i jasna definicija organizacije multidisciplinarnih timova sastavljenih od zdravstvenih djelatnika, socijalnih radnika, psihologa i stručnjaka po iskustvu za provođenja kurative i rehabilitacije u kući u svrhu pružanja skrbi za ljude koji boluju od mentalnih poremećaja, na svim primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Naime, u tom dokumentu pod 4.3.4.,su navedeni izvršitelji prema takvom organizacijskom modelu (a to su mobilni psihosocijalni timovi, nevladine organizacije, sustav socijalne skrbi, lokalna zajednica u suradnji s ministarstvom nadležnom za zdravstvo, ministarstvom nadležnom za socijalnu skrb i ministarstvom nadležnom za rad, službe za mentalno zdravlje županijskih zavoda za javno zdravstvo. Iz toga je razvidno da model psihijatrijske skrbi putem mobilnih timova u zajednici upravo zadovoljava navedene prioritete u Strategiji na koju se ovaj Zakon poziva, te predlažemo to u zakonu i definirati. Nadalje, liječenje putem mobilnih timova pokazalo se i izrazito značajnim za sve ljude kojima je bilo potrebna pomoć nakon potresa u Petrinji 29.12.2020, kada je putem mobilnih timova u razdoblju od 4. siječnja 2021 do 1. kolovoza 2021 učinjeno 758 intervencija za ljude iz područja Sisačko-moslavačke županije. Od toga, 81% intervencija bila su radi poremećaja uzrokovanih stresom, 9,3% za osobe oboljele od težih psihičkih bolesti, a 6,1% kao pomoć oboljelima od demencije, alkoholizma, nesаницe, intelektualnih poteškoća, te poremećaja s početkom u dječjoj dobi (Izvor: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.795661/full>). To je u skladu s prioritetom Nacionale razvojne strategije Republike Hrvatske do 2030. godine • unaprjeđenje odgovora na krizne situacije u zdravstvenom sustavu • unaprjeđenje zdravstvene zaštite za ranjive skupine Stoga predlažemo 1. uvođenje novog stava ili članka koji definira mobilni tim za provođenje psihijatrijske skrbi u zajednici, sukladno Planom i programom mjera

zdravstvene zaštite 2020. – 2022. Ministarstva zdravstva objavljenom u NN 142/2020 21.12.2020. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_142_2753.html sa sljedećim tekstom: Multidisciplinarni mobilni tim za psihijatrijsku skrb na području kurative i rehabilitacije uključuje minimalno specijalističko-konzilijarnu skrb te može provoditi u suradnji s liječnicima obiteljske medicine, kliničkim psihologom, socijalnim pedagogom, edukatorom/ rehabilitatorom, prvostupnikom radne terapije, socijalnim radnikom i stručnjacima po iskustvu (pomagač laik) s izobrazbom iz potrebne metode, a fleksibilno može uključivati i stručnjake drugih profila, u skladu s potrebama u suradnji s Hrvatskim zavodom za zapošljavanje, nevladinim organizacijama, sustavom socijalne skrbi, sustavom ministarstva pravosuđa. Mobilni timovi se osnivaju u okviru specijalističko-konzilijarne zaštite za psihijatrijsko liječenje Mobilne timove može osnovati: svaka ustanova koja ima specijalističko konzilijarnu djelatnost zaštite mentalnog zdravlja Tekst može nadopuniti članak 21 postojećeg ZZZ <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi> Također članak članak 33, stavak 2, na način da se promjeni tekst u: Specijalističko-konzilijarna skrb iz stavka 1 može se obavljati u dnevnoj bolnici, domu zdravlja i putem mobilnog tima za psihijatrijsku skrb.

139 **Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI**

Potrebno je mijenjanje i još nekih drugih članaka Zakona i to slijedećih: Članak 162. - dodavanje slijedećih stavaka: (1a) Za rad na potpomognutom području ili području s razvojnim potrebama radnici mogu ostvariti dodatak na plaću. (4)Mjerila utvrđivanja natprosječnih rezultata rada i način isplate dodatka za natprosječne rezultate rada radnika iz stavka 1.a. ovoga članka uređuje jedinica područne (regionalne) samouprave odlukom. Članak 188. i 190. u stavcima 1. iza riječi "jedne proračunske osnovice" dodati "odnosno tri proračunske osnovice za svaki mjesec koji specijalizant nije obavljao specijalizaciju u matičnoj Ustanovi" Članak 262. dodati slijedeće stavke: (1.a) U slučaju prestanka rada svih zdravstvenih radnika iz članka 261.stavka 5. ovog Zakona koji obavljaju djelatnost u privatnoj praksi u svom prostoru ili na osnovu zakupa u prostoru koji nije u vlasništvu doma zdravlja ili ljekarničke zdravstvene ustanove odnosno s kojim dom zdravlja ili ljekarnička zdravstvena ustanova ne raspolaže temeljem valjanog dokaza o pravu raspolaganja prostorom mjesto u mreži vraća/daje se domu zdravlja odnosno ljekarničkoj zdravstvenoj ustanovi. (5.a) Ako zakupcu iz članka 261. stavka 5. ovoga Zakona odnosno svim zakupcima u jedinici zakupa prestane pravo obavljanja privatne prakse sukladno članku 66. ovoga Zakona, ugovore o radu zdravstvenih radnika u timu tog/tih zdravstvenih radnika prenose se na dom zdravlja odnosno ljekarničku zdravstvenu ustanovu u okvirima propisanog kadrovskog normativa.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

141

Snježana Grgić**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) Čl5. Stavak 1. Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja Stavak 3. Nitko ne smije ugroziti zdravlje drugih Čl.155 Stavak1. Zdravstveni radnici su osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu. Stavak 2. Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja. Zdravstveni radnici osposobljavaju se školovanjem u punoj nastavnoj satnici teorijske i praktične nastave, kojom se postižu ishodi učenja i stječu kompetencije. Stavak 3. Obaveza je zdravstvenih radnika da pri pružanju zdravstvene zaštite postupaju prema pravilima zdravstvene struke tako da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi. Prema Pravilniku o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju (NN 24/2015-510) Članak 3. Stavak 4. Primjereni programi odgoja i obrazovanja učenika su: – redoviti program uz individualizirane postupke, – redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke, – posebni program uz individualizirane postupke, – posebni programi za stjecanje kompetencija u aktivnostima svakodnevnoga života i rada uz individualizirane postupke. Članak 6. (1) Redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke određuje se učenicima koji s obzirom na vrstu teškoće ne mogu svladavati nastavni plan i program/kurikulum bez sadržajnog ograničavanja te im je zbog specifičnosti u funkcioniranju potreban individualizirani pristup u radu i sadržajna prilagodba. (2) Redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke je redoviti program koji se sadržajno i metodički prilagođava učeniku. (3) Sadržajna prilagodba podrazumijeva individualiziranu prilagodbu nastavnih sadržaja redovitog programa sukladno sposobnostima i sklonostima učenika, a zahtijeva smanjivanje opsega nastavnih sadržaja. Opseg nastavnih sadržaja može se umanjiti do najniže razine usvojenosti obrazovnih postignuća propisanih nastavnim planom i programom/kurikulumom za razred u koji je učenik uključen, a iznad razine posebnog programa. (4) Redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke može biti iz jednog, više ili svih predmeta, a izrađuju

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

ga kao pisani dokument učitelji/nastavnici za svaki pojedini nastavni predmet u suradnji sa stručnim suradnicima škole te su ga dužni dati na uvid roditelju/skrbniku učenika tijekom prve polovice polugodišta. (5) Redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke provodi se u redovitome razrednom odjelu škole, a provode ga učitelji/nastavnici koji izvode nastavu i ostalim učenicima u tom razrednom odjelu. Članak 7. (1) Provedba programa iz članka 5. i 6. ovoga pravilnika u srednjoj školi odnosi se na sve obrazovne predmete, strukovne predmete i praktičnu nastavu. (2) Prilagodba sadržaja srednjoškolskih programa mora učeniku omogućavati razinu usvojenosti programa potrebnu za polaganje državne mature i nastavak obrazovanja, stjecanje kompetencija potrebnih za pristup tržištu rada uz pridržavanje zahtjeva struke te se izrađuje u suradnji sa stručnjacima agencija nadležnih za odgoj i obrazovanje. Prema navedenom trenutno je, učenicima s teškoćama u razvoju koji zbog svojih teškoća imaju rješenje o redovnom programu uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke, omogućeno školovanje u srednjim strukovnim školama koje obrazuju zdravstvene radnike (medicinske sestre/tehničare, primalje, fizioterapeutice, dentalne tehničarke, radne terapeutice). Ti učenici imaju pravo te je srednja škola obvezna omogućiti im školovanje po redovnom programu uz prilagodbu sadržaja što podrazumijeva prilagodbu nastavnih sadržaja redovitog programa sukladno sposobnostima i sklonostima učenika, a zahtijeva smanjivanje nastavnih sadržaja. Provedba redovnog programa uz prilagodbu sadržaja u srednjoj školi odnosi se na sve obrazovne predmete, strukovne predmete i praktičnu nastavu. Što (ispravite me ako sam u krivu) znači da se budućim zdravstvenim radnicima smanjuje sadržaj iz anatomije i fiziologije, bakteriologije, virologije i parazitologije, opće zdravstvene njege, itd. Svjedodžbe koje steknu učenici koji završe obrazovanje za zdravstvenog djelatnika prema redovnom programu uz prilagodbu sadržaja ne razlikuju se od svjedodžbi učenika koji završe obrazovanje za zdravstvenog djelatnika bez prilagodbe sadržaja. Postavljaju se pitanja kako se na taj način osigurava da svaka osoba ostvari pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja te kako se osigurava da zdravstveni djelatnik koji je obrazovan po smanjenom sadržaju iz strukovnih predmeta i praktične nastave neće svojim postupcima ugroziti zdravlje drugih? Molim Vas da pravno uskladite i izregulirate navedeno.

142	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predložene izmjene trebaju doradu jer ukoliko se prihvate kako su predložene dovesti će do daljnje devastacije svih zdravstvenih djelatnosti u Hrvatskoj, a posebice obiteljske medicine koja je već sada urušena, devastirana i potpuno udaljena od onoga što bi trebala predstavljati. Specijalisti obiteljske medicine su postali administratori obveznom osiguravatelju, izvršitelji naloga centara za socijalnu skrb, provoditelji zadataka na terenu zavodima za javno zdravstvo. Specijalisti obiteljske medicine zatrpani navedenim administrativnim poslovima više nemaju vremena niti mogućnosti provoditi sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu odabranim pacijentima; ne bave se medicinom nego papirima. Ukoliko predlagatelj navedenih promijena želi postići unaprijeđenje zdravstvenig stanja građana ove države onda pod hitno treba omogućiti provoditeljima najavljenih mjera da se posvete pacijentu a ne administraciji. Osiguranici imaju pravo da ih odabrani liječnik pri posjetu pregleda, razgovara s njima, podijeli savjet. Ne postupanje na taj način predstavlja kršenje prava svih osiguranika i pacijenata. Osiguranici imaju pravo da ih pregledava odabrani liječnik kojeg su oni odabrali potpisivanjem izjave. Sve ordinacije na primarnoj razini treba rasteretiti pisanja SVIH administrativnih materijala: putnih naloga, uputnica, doznaka, potvrda , ispričnica, doznaka... Sve se to treba riješiti na drugačiji način. Liječnici trebaju biti zaduženi za točno i ispravno vođenu medicinsku dokumentaciju, a sve ostalo treba biti uređeno odnosom između osiguranika i osiguravatelja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
143	<p>Ana Kilvain NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Podržavam prijedloge i primjedbe KOHOM-a vezane uz prijedlog Zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenoj zaštiti. Posebno one koji se odnose na reguliranje privremene nesposobnosti za rad, izdavanje putnih naloga, mogućnost daljnjeg školovanja i usavršavanja u sklopu PZZ, te se u potpunosti slažem sa komentarima KOHOM-a vezano uz članak koji se odnosi na rad u HMP. Obzirom na opće i kadrovsko stanje u PZZ, smatram kako bi se trebale donositi stimulativne mjere za PZZ, a ne one koje potencijalno doprinose njezinu daljnjem urušavanju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
144	<p>NATAŠA KILVAIN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). Predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana protoka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Drugi prijedlog na na članak 46. : Odrediti rokove do kojih može trajati privremena nesposobnost za rad (zbog bolesti, ozljeda, ...) po šiframa dijagnoza. Po isteku roka obavezno dalje produžavanje bolovanja po pregledu kontrolora tj liječničkog povjerenstva HZZO-a. Članak 65. st. 4. Vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza: Predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem nalaza specijaliste kojeg predaje Zavodu koji vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Predmetna odredba je općenita i ne definirana, te se postavlja pitanje: Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći,...? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila ili nekog drugog prijevoznog sredstva? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta (s obzirom da se pretpostavlja da na takve iznimne situacije izlazi medicinski tim - liječnik i medicinska sestra)? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Na ovakav nedefinirani način želi se uključiti sve liječnike primarne zdravstvene zaštite u rad hitne medicinske pomoći, dodaju se stalno nova opterećenja u svakodnevnom radu PZZ, što je u praksi jednostavno neizvedivo, s obzirom na već trenutnu preopterećenost u radu.

145	<p>Snježana Grgić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>S ciljem osnaživanja primarne zdravstvene zaštite (PZZ) pod geslom „Prva vrata za sve“, predlažemo da se ponovno omogući otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa, odnosno obavljanje psihološke djelatnosti na razini PZZ. Radna mjesta psihologa na razini PZZ ukinuta su 1994. godine čime je drastično smanjena dostupnost usluga zdravstvene zaštite psihologa. Trenutačno u zdravstvenom sustavu radi svega 375 psihologa/kliničkih psihologa, (od kojih 215 kliničkih psihologa) i to na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite. Pritom, od ukupnog broja psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu, njih gotovo pola (oko 40%) radi u zdravstvenim ustanovama u Gradu Zagrebu. Kako je broj zaposlenih psihologa/kliničkih psihologa na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite nedovoljan da bi se zadovoljile sve trenutačne potrebe za uslugama zdravstvene zaštite koje pružaju psiholozi/klinički psiholozi (psihijatrija, onkologija, neurologija, pedijatrija, ginekologija, rehabilitacija, palijativna skrb i dr.) potrebno je psihologe/kliničke psihologe zaposliti i na razini PZZ u skladu s načelom dostupnosti, načelom kvalitete koje se osigurava provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i potrebom da se ojača specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita izvan bolničkih zdravstvenih ustanova i unutar domova zdravlja. Isto tako, obzirom na nedostatan broj specijalista i specijalizanata dječje i adolescentne psihijatrije te vodeći računa o racionalizaciji troškova sustava zdravstva, klinički psiholozi u PZZ osim povećane dostupnosti zdravstvene zaštite doveli bi do rasterećenja na razinama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite te bi preventivno djelovali u slučajevima koji ne zahtijevaju psihijatrijsko liječenje. Ujedno, veća dostupnost psihologa/kliničkih psihologa te liječenje psihičkih poremećaja koji se javljaju u dječjoj dobi rezultirali bi racionalizacijom troškova sustava zdravstva i u dugoročnom smislu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
146	<p>TINA CIJUK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

147

sanja kruger

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena.

a. Naime, studenti tijekom

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

148 **Ana Marija Omejec Novaković**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Podržavam u potpunosti sve prijedloge KoHom-a vezane uz ovaj zakon! Dobar dio prijedloga doveo bi do toga da bi mnogi moji kolege liječnici u obiteljskoj medicini, pa tako i ja, istog trena počeli tražiti bolničku specijalizaciju. Bio bi to po meni zadnji čavao u lijesu obiteljske medicine kao takve. O drugim aspektima i posljedicama ne usudim se niti razmišljati.

149 **Ivan Zečević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

ZAŠTITI

U potpunosti podržavam komentar i stav Hrvatske psihološke komore! Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. Zdravlje općenito, a unutar njega mentalno zdravlje kao značajan aspekt zdravlja, preduvjet je i temeljna odrednica kvalitete života. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije mentalno se zdravlje opisuje kao „stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno i pridonositi.“ U Hrvatskoj su mentalni poremećaji na drugom mjestu po broju dana bolničkog liječenja. Liječenje, smanjena produktivnost, bolovanja i invalidnost, psihološki i egzistencijalno opterećuju obitelj, ali dovode i do značajnog ekonomskog i socijalnog opterećenja cijelog društva. Znanstvenici ističu kako su mentalni problemi češći uzrok obolijevanja i preranog umiranja nego tjelesne bolesti te procjenjuju da će depresija kroz idućih deset godina biti drugi, a do 2030. godine, prvi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima. Navedeno ukazuje na potrebu da se u okviru predložene reforme zdravstvenog sustava, koja osobito naglašava potrebu jačanja njegove otpornosti, posebna pozornost posveti zaštiti mentalnog zdravlja, prvenstveno ako uzmemo u obzir potrebu ublažavanja posljedica pandemije. S ciljem osnaživanja primarne zdravstvene zaštite (PZZ) pod geslom „Prva vrata za sve,“ predlažemo da se ponovno omogući otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa, odnosno obavljanje psihološke djelatnosti na razini PZZ. Radna mjesta psihologa na razini PZZ ukinuta su 1994. godine čime je drastično smanjena dostupnost usluga zdravstvene zaštite psihologa. Trenutačno u zdravstvenom sustavu radi svega 375 psihologa/kliničkih psihologa, (od kojih 215 kliničkih psihologa) i to na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite. Pritom, od ukupnog broja psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu, njih gotovo pola (oko 40%) radi u zdravstvenim ustanovama u Gradu Zagrebu. Kako je broj zaposlenih psihologa/kliničkih psihologa na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite nedovoljan da bi se zadovoljile sve trenutačne potrebe za uslugama zdravstvene zaštite koje pružaju psiholozi/klinički psiholozi (psihijatrija, onkologija, neurologija, pedijatrija, ginekologija, rehabilitacija, palijativna skrb i dr.) potrebno je psihologe/kliničke psihologe zaposliti i na razini PZZ u skladu s načelom dostupnosti, načelom kvalitete koje se osigurava provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i potrebom da se ojača specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita izvan bolničkih zdravstvenih ustanova i unutar domova zdravlja. Isto tako, obzirom na nedostatan broj specijalista i specijalizanata dječje i adolescentne psihijatrije te vodeći računa o

racionalizaciji troškova sustava zdravstva, klinički psiholozi u PZZ osim povećane dostupnosti zdravstvene zaštite doveli bi do rasterećenja na razinama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite te bi preventivno djelovali u slučajevima koji ne zahtijevaju psihijatrijsko liječenje. Ujedno, veća dostupnost psihologa/kliničkih psihologa te liječenje psihičkih poremećaja koji se javljaju u dječjoj dobi rezultirali bi racionalizacijom troškova sustava zdravstva i u dugoročnom smislu. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenje podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 3. U članku 30. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza podstavka 12. predlažemo dodati novi podstavak 13. koji glasi „- psihološku djelatnost“. To stoga što je zakonodavac prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Prihvaćanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18,

125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatske komora zdravstvenih radnika“ predložimo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“.

150 **Hrvatska psihološka komora**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. Zdravlje općenito, a unutar njega mentalno zdravlje kao značajan aspekt zdravlja, preduvjet je i temeljna odrednica kvalitete života. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije mentalno se zdravlje opisuje kao „stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno i pridonositi.“ U Hrvatskoj su mentalni poremećaji na drugom mjestu po broju dana bolničkog liječenja. Liječenje, smanjena produktivnost, bolovanja i invalidnost, psihološki i egzistencijalno opterećuju obitelj, ali dovode i do značajnog ekonomskog i socijalnog opterećenja cijelog društva. Znanstvenici ističu kako su mentalni problemi češći uzrok obolijevanja i preranog umiranja nego tjelesne bolesti te procjenjuju da će depresija kroz idućih deset godina biti drugi, a do 2030. godine, prvi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima. Navedeno ukazuje na potrebu da se u okviru predložene reforme zdravstvenog sustava, koja osobito naglašava potrebu jačanja njegove otpornosti, posebna pozornost posveti zaštiti mentalnog zdravlja, prvenstveno ako uzmemo u obzir potrebu ublažavanja posljedica pandemije. S ciljem osnaživanja primarne zdravstvene zaštite (PZZ) pod geslom „Prva vrata za sve“, predložimo da se ponovno omogući otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa, odnosno obavljanje psihološke djelatnosti na razini PZZ. Radna mjesta psihologa na razini PZZ ukinuta su 1994. godine čime je drastično smanjena dostupnost usluga zdravstvene zaštite psihologa. Trenutačno u zdravstvenom sustavu radi svega 375 psihologa/kliničkih psihologa, (od kojih 215 kliničkih psihologa) i to na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite. Pritom, od ukupnog broja psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu, njih gotovo pola (oko 40%) radi u zdravstvenim ustanovama u Gradu Zagrebu. Kako je broj zaposlenih psihologa/kliničkih psihologa na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite nedovoljan da bi se zadovoljile sve trenutačne potrebe za uslugama zdravstvene zaštite koje pružaju psiholozi/klinički psiholozi (psihijatrija, onkologija, neurologija, pedijatrija, ginekologija, rehabilitacija, palijativna skrb i dr.) potrebno je psihologe/kliničke psihologe zaposliti i na razini PZZ u skladu s načelom dostupnosti, načelom kvalitete koje se osigurava provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

povoljan ishod liječenja i potrebom da se ojača specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita izvan bolničkih zdravstvenih ustanova i unutar domova zdravlja. Isto tako, obzirom na nedostatan broj specijalista i specijalizanata dječje i adolescentne psihijatrije te vodeći računa o racionalizaciji troškova sustava zdravstva, klinički psiholozi u PZZ osim povećane dostupnosti zdravstvene zaštite doveli bi do rasterećenja na razinama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite te bi preventivno djelovali u slučajevima koji ne zahtijevaju psihijatrijsko liječenje. Ujedno, veća dostupnost psihologa/kliničkih psihologa te liječenje psihičkih poremećaja koji se javljaju u dječjoj dobi rezultirali bi racionalizacijom troškova sustava zdravstva i u dugoročnom smislu. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazložimo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenje podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 3. U članku 30. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza podstavka 12. predlažemo dodati novi podstavak 13. koji glasi „- psihološku djelatnost“. To stoga što je zakonodavac prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih

<p>radnika. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatske komora zdravstvenih radnika“ predložimo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“.</p> <p>151 Nikola Vuković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Nikola Vuković Prijedlozi novog Zakona su bezvezni i vidljivo je da se medicinska struka ne pita ništa te su liječnici PZZ i nadalje samo izvršioi raznoraznih subjekata koji im samo uvaljuju sve više i više obveza. Treba pritisnuti lokalnu vlast i Županije da provode ono što je Zakonom propisano a ne da i dalje urušavaju sustav (raspisivanje specijalizacija u PZZ, motiviranje liječnika i med. sestara, itd.). Potrebno je svakako ukinuti monopol HZZO-a, uvesti više osiguravajućih kuća i stvoriti zdravu konkurenciju te liječnike tretirati kao partnere. Agonija ovakvog zdravstvenog sustava traje predugo i treba je što prije prekinuti te krenuti od početka. Kako može nekome uopće pasti na pamet da liječnici obiteljske med. sudjeluju u radu OHBP, da ih se izvlači iz ordinacija kako se nekome sviđi. Što prije smanjiti broj pacijenata po 1 timu i ne dozvoliti im da nepotrebno konzumiraju zdravstvene djelatnike bez imalo odgovornosti. Pa nisu hrvati najbolesniji narod na kugli zemaljskoj kako to izgleda po prepunim čekaonicama ordinacija. Sustav dosadašnjih domova zdravlja je i doveo do ovog kaosa PZZ, treba ih ukinuti jer su ionako svi u debelom financijskom minusu. Deficit liječnika se ne smje rješavati nikakvim obvezama i prisilama jednogodišnjeg rada u PZZ nakon završenog studija već im treba stvoriti pristojne uvjete rada, dobru plaću, rješavanje stambenog pitanja. sudjeluju u Zakonom</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>152 Monika Tomin NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Slažem se sa svim prijedlozima KoHom-a vezanim uz ovaj zakon. Neizvedivo je da liječnici obiteljske medicine sudjeluju u radu drugih ustanova osim Doma zdravlja jer je u Hrvatskoj veliki deficit obiteljskih liječnika i jedva uspijevaju pokriti sve ambulante kojih je sve više i više bez nositelja tima. Uz sav svoj posao u ambulanti i pokrivanje drugih ambulanti za vrijeme godišnjeg, bolovanja te pokrivanje ambulanti bez nositelja tima, ne postoji vrijeme u kojem bi još išli raditi i na hitnu. Takav prijedlog i pritisak samo će dodatno smanjiti broj obiteljskih liječnika i dovesti do još većeg deficita i praznih ambulanti koje će trebati pokriti, a neće biti zainteresiranih mladih liječnika koji bi pristali raditi pod takvim uvjetima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

153	BORNA ŠARIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Podržavam sve prijedloge KoHom-a vezane uz ovaj zakon! Dobar dio prijedloga doveo bi do devastacije, a ne unaprijeđenja obiteljske medicine.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
-----	---	--

154 **Filip Guzić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Slažem se sa svim prijedlozima KOHOM-a. Dodajem da je vidljivo da nadopune zakona donosi politička administracija a ne struka. Žalosno je da postoji ovoliko nepoznavanje i nepoštivanje obiteljske medicine kao struke od Ministarstva. Dugo najavljivana reforma zdravstva ne samo da nije donijela pozitivne pomake, nego svodi obiteljsku medicinu na robovlasnički sistem, gdje se govori samo o kaznama i zabranama, a da pritom nemamo rješenje niti jednog tekućeg problema. Nedostatak liječnika se misli krpati obaveznim radom tek diplomiranih liječnika u primarnoj i produženjem ionako iscrpljenih kolega pred mirovinu. Dragi moji, gradite kuću bez temelja, ako ne shvatite da je obiteljska medicina temelj zdravstvenog sustava i prevencija temelj ušteda i boljeg zdravstva, ništa niste napravili. Današnja obiteljska medicina je zatrpana birokracijom koju odrađujemo za nekoga, cijepimo, naručujemo, odručujemo, dostupni smo svakom pacijentu sa ulice, i da, pritom za nagradu imamo sve punije ambulante i najniži koeficijent u zdravstvu, a možda budemo i dežurni po noći na hitnom traktu ili kolima hitne pa ćemo biti još produktivniji. Možda takvi otvorimo i koje bolovanje koje Vam nije po volji pa ćemo još za nagradu ostaviti 2 plaće u državnom proračunu. Da nije žalosno i tužno bilo bi smiješno. Umjesto da uvodite pozitivnu diskriminaciju na temelju radnih postignuća i rezultata Vi prijetite kaznama i represijom, a o kontrolama da ne govorim. Kao da ova struka nije dovoljno kažnjena proteklih 20 godina kada ste specijalizacije davali na kapaljku a u isto vrijeme broj bolničkih specijalizacija je rastao. Nisam protiv bolničkih specijalizacija, dapače, ali ako mi na terenu ne preveniramo i na vrijeme ne prepoznamo bolest, izračunajte koliko košta liječenje takvog bolesnika. Ili već nemamo dovoljno dugova u zdravstvu. Raspišite specijalizacije, podignite koeficijente liječnicima, dajte izbor svakom da radi u domu zdravlja ili u privatnoj praksi, smanjite broj pacijenata po timu, ne tjerajte mlade liječnike iz države. Još se u medijima hvalite da ste donijeli dobre prijedloge, kao mi nemamo što reći. Nije problem u nama, VI nas ne želite čuti, odnosno slijepi ste i gluhi jer ovakvo stanje je plod birokracije koja vlada već dugo. Zakone nam donose ljudi koji ne slušaju struku, ljude sa terena. Možda imate i drugu logiku, kad su već radnici otišli, možda neka odu i obiteljski liječnici za njima. Moglo bi se dogoditi da naše sunarodnjake u inozemstvu liječe njihovi novi-stari obiteljski doktori. Ali u nekim drugim uvjetima, tada se možda, onako usput, dotaknu onih nekih zakona koji su se mijenjali tamo neke 2022. godine, kada kažu, da, naši nas nisu trebali, drugi su nas jedva dočekali. Oprostite mi na iskrenosti.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

155

GABRIELA JONJIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Članak 46. Nadopuna članka 46, stavak 3. čime bi se omogućio samostalan rad magistara logopedije. Trenutno zakonsko rješenje to onemogućava stvarajući tako značajne nejasnoće i otežava sve segmente rada logopeda. Logopedija ima svoju šifru djelatnosti (2230000), ugovara se na svim razinama zdravstvene zaštite, a izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti 2020. god. omogućeno je otvaranja logopedске ambulante na razini PZZ. Navedene dopune nužne su u cilju reguliranja rada logopeda u privatnoj praksi i korak bliže konačnom reguliranju logopedске djelatnosti u cilju zaštite prava pacijenta. Prijedlog stavka: - U stavku tri nakon „medicinsko biokemijske laboratorije“ dodati, privatnu praksu magistara logopedije. Članak 48. Prijedlog nadopune: dodati iza doktora medicine i doktora dentalne medicine – magistar logopedije Nadopuna Članka 177, stavaka 9. nužna je kako bi se omogućila kontrola nad inozemnim stručnim kvalifikacijama magistara logopedije. Logopedija je regulirana djelatnost u EU, a zakonodavni nedostaci u RH omogućavaju prostor za lošu praksu i nemogućnost kontrole tko i pod kojim uvjetima pruža logopedsku dijagnostiku i terapiju. Navedena izmjena potrebna je kako bi se premostio zakonodavni jaz do donošenja Zakona o logopedskoj djelatnosti. Članak 177, stavak 9. Nadopuna: Isto se primjenjuje i na priznavanje inozemne stručne kvalifikacije magistara logopedije. Predlaže se donošenje Zakona o logopedskoj djelatnosti kroz zakonodavne aktivnosti Ministarstva zdravstva u 2023.god., a u skladu s tim i dopuna članka 239. Članak 239. Nadopuna članka : iza Hrvatske komore zdravstvenih radnika dodati Hrvatska logopedska komora. U prijelaznim i završnim odredbama dodati: Ministar će u šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti Odluku o osnivanju Hrvatske logopedске komore. Uvažavanjem predloženih promjena Zakona omogućit će se nastavak pozitivnih promjena i konačno usklađivanje hrvatske sa svjetskom i europskom logopedskom praksom. Hrvatska logopedija je među prvih pet u EU, a stalnim šikaniranjem Ministarstva zdravstva jedna smo od rijetkih koja još uvijek nema svoj status zakonski reguliran! Ovim putem ističem kako su potrebe i potražnja u RH za logopedima ogromne i svakim danom sve veće, no ukoliko Zakon neće podržati logopede i logopedsku djelatnost i nastaviti nas odbijati kao do sada, onda svjesno narušavate kvalitetu i podcjenjujete logopeda kao stručnjaka i logopediju kao struke bez obzira na dugoročni trud i rad logopeda u RH! Nadamo se da ćete naše prijedloge razmotriti i uvažiti. S poštovanjem, Gabriela Jonjić

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

156	<p>Iva Lisica Vučinić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Potpisujem sve prijedloge KoHom-a vezane uz ovaj zakon! Uz to nadodajem da je Ministarstvo u ovom sastavu od početka djelovanja, i svakim svojim novim prijedlogom pokazao potpuno ne poznavanje sustava obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite u cijelosti, a o ne poštivanju, zanemarivanju i sustavnom uništavanju temeljne grane zdravstvenog sustava da ne govorim. Uz preopterećenost svakodnevnim zadacima, i nepotrebnim administriranjem (koje može dijelom odrađivati-HZZO) konstantno se dodaju novi zadaci, nameću i predlažu nove sankcije u sučaju ne pridržavanja već upitnih ideja za koje struka nije niti konzultirana niti ju se slušalo, a sada se i mladim kolegama nameće nešto za što očito nisu spremni. Nitko od njih ne želi za male novce biti samostalno odgovoran za cca 2000 osiguranika po završenom studiju, bez potrebne edukacije i bez ikakvog mentoriranja. Izabiru rad u bolnici gdje ipak imaju koliko/toliko mentoriranje uz i dalje katastrofalne uvjete rada. Prsilom ih se tjera ravno u inozemstvo, a naš sustav će i dalje održavati umirovljenici, samo je pitanje do kada? Razmislite radije o boljim stimulacijama i uvjetima za mlade liječnike pa će obiteljska možda postati traženija struka. A i sama pretpostavka da se obiteljska medicina može raditi bez dana radnog staža uz mentora, kao usputna stanica na putu do bolničke specijalizacije, pokazuje temeljno nepoznavanje ove grane medicine. Nažalost ako se ovo nastavi, doći će do potpunog kraha primarne, a tek tada će svima postati jasno da je krah primarne jednako i krah sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Već sad je kasno, šta će onda biti? Nadam se da ćete uvažiti konkretne prijedloge KOHOMa!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
157	<p>Ivona Pongrac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Zanima me do koje mjere ide nepoznavanje strukture OM i načina funkcioniranja zdravstvenog sustava u RH koji zapravo uopće ne funkcionira i u najvećoj mjeri se oslanja na OM koja je odavno na klimavim nogama. Svaki komentar na predložene članke zakona koji su nepromišljeni i površni je suvišan jer su isti neprihvatljivi svakom razumnom pojedincu unutar zdravstvenog sustava pa i šire. Žao mi je što se krah zdravstvenog sustava nije dogodio još prije par godina jer je to jedini način da se iz temelja promijeni sustav koji ne funkcionira. Obzirom na trenutne negativne trendove MIZ bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

158	<p>Arifa Mahmić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Potpisujem sve prijedloge KoHom-a vezane uz ovaj zakon! Godinama se sustavno uništava PZZ (samim time i SKZZ) umjesto "gate keeper-a" postali smo visokoobrazovani administratori u službi raznovrsnih potreba svih struktura. Ne date nam da radimo ono za što smo se školovali, naša dnevna izvješća od 100-150-200 kontakata pokazuju kakav sustav imamo gdje je mogućnost pogreške vrlo velika uslijed umora.Posao odrađujemo i od doma, ne zato jer smo nesposobni, već zato što ne stižemo u redovno vrijeme obaviti sve što treba uslijed brojnih paramedicinskih zahtjeva. Tjerate mlade, sposobne, pametne ljude da odlaze van, ne iz materijalnih pobuda, već zbog uređenog sustava. Zašto se ne pobrinete da imamo dovoljno gerijatrijskih centara, populacija nam je jako stara, zahtjevi su ogromni, članovi obitelji zbog egzistencijalnih potreba ne mogu se brinuti o roditeljima, zašto nema dovoljno kućnih njega, zašto nema dovoljno kola sanitetskog prijevoza a ne da moram zvati kola hitne zbog prijevoza pacijenta koji je pao i slomio kuk?? Liste čekanja na pregled će biti sve duže, pacijenti su primorani ostvarivati svoje potrebe preko privatnih poliklinika...zašto ne slušate ljude iz struke, jer upravo zbog tih ljudi opstaje ovaj nakaradni sustav!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
159	<p>Adrijana Tomas NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Potpisujem sve prijedloge KoHom-a vezane uz ovaj zakon i mogu samo dodati sram vas bilo. Ovaj zakon je čavao u lijes obiteljske medicine koja je u svim normalnim državama temelj zdravstvenog sustava i odrađuje 80% zdravstvene problematike, a vi uporno svim promjenama ulažete sve manje i onda se čudom čudite da ne dobivate sve više. Ono što ćete dobiti je sve veće prelijevanje pacijenata u bolnice, sve dulje liste čekanja i sve više pacijenata koji ne mogu kvalitetnu uslugu dobiti u javnom zdravstvu već su prisiljeni liječiti se u privatnom sektoru. Ili je to cilj ili se jednostavno radi o lošem menadžmentu, nema treće opcije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

160	<p>Zadarska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Dopuna i izmjena zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/2018, 125/2019, 133/2020, 147/2020, 136/2021, 119/2022) koja nije obuhvaćena postojećim nacrtom u e-savjetovanju: Poštovani, postojećim nacrtom prijedloga Dopunu i izmjenu zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/2018, 125/2019, 133/2020, 147/2020, 136/2021, 119/2022) u kojemu smo sudjelovali kroz e savjetovanje, nisu obuhvaćene odredbe koje se odnose na nadležnosti županijskih upravnih tijela u organizaciji radnog vremena u mreži javne zdravstvene službe i organizaciji mrtvozorničke službe. Stoga predlažemo izmjene i dopune članka 194. i članka 230. na način kako sljede: • Predlaže se u članku 194. promijeniti stavak 2. tako da glasi: “(2) Dom zdravlja na svom području koordinira i utvrđuje raspored radnog vremena privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe sukladno pravilniku iz stavka 1. ovog članka i odluci nadležnog upravnog tijela za zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave.” Obrazloženje: držimo nužnim ovlastiti ravnatelje nadležnih domova zdravlja za utvrđivanje rasporeda radnog vremena privatnih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe. Predložene izmjene sukladne su namjeri ovog članka da se koordinacijom rada svih radnika u mreži javne zdravstvene službe osigura bolja dostupnost zdravstvene zaštite, nadležno upravno tijelo će svojom odlukom detaljnije urediti ovlasti doma zdravlja (raspored rada za zdravstvene radnike u zakupu prostora doma zdravlja, za privatne ordinacije koje djelatnost obavljaju na istim lokacijama s timovima doma zdravlja itd.) • Predlaže se u članku 230. stavku 1. riječi: “na prijedlog općinskih odnosno gradskih vijeća” zamijeniti riječima: “na prijedlog pročelnika upravnog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno Grada Zagreba nadležnog za zdravstvo”. Obrazloženje: Organizacija i rad mrtvozorničke službe u nadležnosti je županija i Grada Zagreba (člankom 11. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/2018, 125/2019, 133/2020, 147/2020, 136/2021, 119/2022) utvrđena je obveza županije osigurati sredstva za organizaciju i rad mrtvozorničke službe, dok je člankom 5. (“Narodne novine” broj 46/2011, 6/2013, 63/2014, 100/2018) određeno da predstavničko tijelo jedinice područne (regionalne) samouprave utvrđuje potreban broj mrtvozornika za područje jedne ili više općina kao i uže područje na kojemu će svaki od njih obavljati pregled umrlih osoba. Stoga je davanje ovlasti pročelniku upravnog tijela županije odnosno Grada Zagreba nadležnog za poslove zdravstva, odnosno nadležnog za organizaciju i rad mrtvozorničke službe, predložiti predstavničkom tijelu imenovanje potrebnog broja doktora medicine u funkciji učinkovitosti i pojednostavljenja postupka imenovanja mrtvozornika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
161	<p>KARLA LUŽAIĆ</p>	<p>Primljeno na znanje</p>

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi

Primljeno na znanje.

spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

162 **EMA DEJHALLA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI
na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO
Predlaže se propisati donošenje Odluke o
standardima i normativima zdravstvene zaštite za
svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju
da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na
donošenje navedene Odluke budući se Zavod
trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje
navedene odluke koja bi se potom dostavljala
ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid
liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što
pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno
osiguranje. Odlukom o standardima i normativima
zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati
vremenski normative za određene postupke (KoHOM
ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i
dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u
pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane
Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u
nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za
predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak
46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena
nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3
mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na
privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje
liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje
je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo
osiguranika na privremenu nesposobnost za rad
najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka
navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog
doktora u roku od osam dana od dana donošenja
nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje
osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3
mjeseca i duže, i to od strane liječničkih
povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za
utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za
rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje
osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3
mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava
Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da
se pedijatrija omogući otvaranje i vođenje
privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta
kada je privremena nesposobnost uvjetovana
potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske
medicine makar u tom pogledu administrativno
rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika.
Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i
samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s
radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti
prava na temelju privremene nesposobnosti za rad
bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika.
KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način
kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi
početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti
za rad roditelja djeteta kada je privremena
nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta."
Intencija je omogućavanje pedijatrija da daju
doznake za privremenu nesposobnost za rad
roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrija
da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima
za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska
bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

163 **VERONIKA ŽIVIĆ TARIBA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI
prijedlozi na Zakon o zdravstvenoj zaštiti:

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta."

Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona." Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o

osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obavezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrš 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrš 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navršenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navršenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje

mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona". Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj

ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.” Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb”.

164 **Jasna Duišević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

prijedlozi na Zakon o zdravstvenoj zaštiti:
Predložemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: “Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“
Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obaveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to “iznimne situacije”? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači “izvan radnog mjesta”? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.“ Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: “Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.” Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: “(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.” KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: “Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života.” na način da glasi kako slijedi: “Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života.” Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: “Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine

djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača.” na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: “Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija.” Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (k njih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulatvinih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog

fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona". Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“.

165	<p>Ana Jurin Martić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se sa ovom izrazito lošom mjerom povećanja broja liječnika u ranijim lošim gospodarenjem već devastiranoj PZZ iz dva razloga: 1. ovaj prijedlog zakona prepun represivnih mjera i kazni, takav je i dosadašnji način komunikacije monopolističkog HZZO prema liječnicima u PZZ - kojim ih opterećuje administrativnim postupcima koje bi većim dijelom mogle i trebale (bar zdravorazumski) provoditi njihove stručne službe - primjerice odobravanje putnih naloga. Ne sumnjam kako kolege tijekom studija stječu adekvatne stručne kompetencije, no nisam sigurna koliko su pripremljeni na administrativni košmar kojeg HZZO priprema za svakog liječnika u ambulanti PZZ, počevši već od raznih šifri bolesti, postupala i šifri pomagala. Kažnjavanje mladih kolega u prvim radnim danima nisu poticajna mjera, već vode sigurnom odlasku mladih liječnika daleko od ovog zdravstvenog sustava. 2. prema mojem shvaćanju koncepta obiteljske medicine, bit prave i pravodobne primarne zdravstvene zaštite je upravo u kontinuiranom praćenju cijele obitelji, odnosno pojedinca (osiguranika) tijekom duljeg vremenskog perioda. Izmjenjivanje liječnika svakih nekoliko mjeseci u ambulanti svakako je u potpunoj suprotnosti toga, osobito ukoliko su tamo dovedeni prisilno i privremeno. Zaključno, ukoliko je cilj Ministarstva bio rastjerati postojeće liječnike u sustavu iz medicine ili iz Domovine, a kolege koji su na studiju natjerati na odustajanje od studija, ili odlazak van Hrvatske odmah po primitku diplome - čestitam, uspjeli ste! NEKA ZADNJI UGASI SVJETLO!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
166	<p>Karla Sertić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna

medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

167 **Lana Oštro**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

168 **Ana-Marija Prepelec**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Apsolutno se slažem s komentarima kolega i u potpunosti podržavam prijedlog Kohoma.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

169

Vinko Pešić**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Svoju privatnu ordinaciju opće/obiteljske medicine sam otvorio po „jugoslavenskom zakonu“ 01.01.1992. i skrbim za 2300 osiguranika i nekoliko tisuća turista tijekom ljeta. U ovih trideset godina rada u Pakoštanima u prostor, opremu i moje dodatno obrazovanje, lokalna samouprava (općina, županija) i država nisu uložili niti jedne kune. U ovih trideset godina rada od prvog radnog dana svjedok sam da je svaka vlast u našoj državi bila ustrajna i dosljedna u otežavanju moga rada i devastaciji naše cjelokupne obiteljske medicine. U tome se posebno isticao i ističe HZZO, posebno prebacivanjem svojega administrativnog posla na naša leđa ili nešto što je nezamislivo u normalnom svijetu, kontrolu bolničkih liječnika (specijalista i subspecijalista) kod njihovog propisivanja lijekova ili dijagnostike, a za njihove „greške“ bi kažnjavali mene. U ovih trideset godina rada HZZO-u sam racionalnim propisivanjem lijekova i opterećivanjem specijalistike u bolnicama uštedio HZZO-u/državi po njihovim brojkama najmanje desetak miliona kuna! U ovih trideset godina nikada nitko iz zdravstvene administracije nije me pitao za savjet niti sam doživio da su ikad kod donošenja zakona uvažena mišljenja struka, posebno obiteljske medicine. U ovih trideset godina svaka „zdravstvena vlast“ (HZZO, ministarstvo, županija, dom zdravlja) je uvijek tražilo način za kažnjavanje kroz bezbrojne i besmislene kontrole, izricale kazne, nametale nove obveze. Nakon trideset godina ja i dalje radim u ordinaciji, a nakon mandata svih tih „vlastodržaca“ ostajali su repovi korupcije i kriminala. Nakon trideset godina potpune devastacije obiteljske medicine nadao sam se da je vrijeme za promjene, da se konačno saslušaju i poslušaju prijedlozi struke, obiteljskih liječnika koji najbolje poznaju sustav, koji svojim svakodnevnim „krvavim“ poslom odrađuju sve vaše dosadašnje "deforme" zdravstvenog sustava. Ove kozmetičke promjene, koju vi nazivate reformom, i dalje guraju obiteljsku medicinu prema kliničkoj smrti i devastaciji cjelokupnog zdravstvenog sustava. Nametanje obveze studentima medicine da prvo odrade godinu dana u obiteljskoj medicini je gotovo suluda i protuustavna. Tjeranje i dodatno šibanje islužanih obiteljskih liječnika koji svakodnevno odrađuju preko stotinu kontakata, da uskaču i pomažu hitnoj pomoći ili da dodatno rade na OHBP-ima ako se to nekome svidi, je samo zadnji udarac obiteljskoj medicini. Zar nije jednostavnije donijeti jedan jednostavan članak: „Ukida se obiteljska medicina u Republici Hrvatskoj“. Zato su tu nove novčane kazne za liječnike obiteljske medicine za „neopravdana bolovanja“ i visoku stopu bolovanja, na nešto što obiteljski liječnik nema nikakvog utjecaja. Naravno, po vašem mišljenju za to nije kriv nefunkcionalan zdravstveni sustav i liste čekanja kojih nema niti u „Africi sa strujom“. Pročitajte onaj vic o cigi koji je odlučio da nauči konja na gladovanje. Eto, taj konj vam je na izmaku snaga!

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

170	<p>Vlatka Hajdinjak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kažnjavanje liječnika zbog „ lažnih i neopravdanih bolovanja“ smatram neprihvatljivim. Vođenje dugih bolovanja jako kompleksno i da ne bi trebalo biti u nadležnosti samo jednog liječnika, kojeg ćete na kraju kažnjavati i ponižavati. Za duža bolovanja bi trebalo vratiti liječnička povjerenstava Zavoda i timski odlučiti. Idealno bi bilo uključiti i poslodavca i medicinu rada (ali ovo je možda samo utopija). U okolnostima koje planirate nametnuti obiteljskim liječnicima ne samo da neće biti moguće raditi i kvalitetno skrbiti o pacijentima već ćete i one koji sa srcem rade i vole obiteljsku medicinu otjerati iz Hrvatske. Nameću se samo dodatne obaveze u istoj jedinici vremena. I nadalje niste definirali standarde i normative, nadalje podcjenjujete obiteljskog liječnika, sa ciljem uništavate temelj hrvatskog zdravstva. Ako ne postoje uvjeti da se omogući kvalitetan rad ne znam kako se to misli postići novim nametima i kažnjavanjem. Kako sam prije par godina bila u sličnoj situaciji kao sad, a do danas se ništa nije promijenjeno na bolje, ove novčane kazne koje navodite od 660,00 EUR do 2.650,00 EUR i ne djeluju tako“ strašno“ u usporedbi sa strahom za vlastiti život jer nas drugi Zakon o sigurnosti prometa na cesti, za kojeg u dodiplomskoj, a niti postdiplomskoj nastavi većina liječnika nije znala ni da postoji, stavlja u puno gori položaj. Zar sve to navedeno predstavlja "jačanje PZZ" ? Smatram da bi u savjetovanje trebalo uključiti struku i predstavnike obiteljske medicine (KoHOM, DNOOM i dr.). donošenja bilo kojeg Zakona koji se odnosi na liječnike u PZZ-u.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
171	<p>Vanja Pintarić Japec NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U navedenom prijedlogu zakona ne nalazim mjere koje bi dovele do jačanja primarne zdravstvene zaštite i obiteljske medicine. Baš suprotno, nalaze se nove destimulativne mjere, obaveze i kazne. Dodatni zadatci koji nisu dobrovoljni poput rada na drugim radilištima (hitna medicina), nova kažnjavanja za administrativne obaveze liječnika obiteljske medicine (subjektivna procjena neadekvatnog vođenja bolovanja) bez ikakvih stimulativnih mjera bilo po osnovi smanjenja opterećenja (broj pacijenata u timu), rasterećenja od administracije, izjednačavanja koeficijenata itd. dovest će samo do daljnje devastacije struke te su dokaz da se struka nije slušala pri formiranju ovog zakona. Jedna od ključnih stavki koje obiteljski liječnici kontinuirano naglašavaju jest da je ovu struku potrebno rasteretiti administracije. Administrativni zadatci se množe nekontrolirano, a potiskuju stručne koji se onda prenose na SKZZ - a što sve dovodi do neadekvatnog funkcioniranja zdravstvenog sustava. Nije normalno ni efikasno stručnjaka sa specijalizacijom iz obiteljske medicine trošiti na zadatke poput naručivanja pacijenata na preglede i pretrage, pisanje i ispunjavanje raznih potvrda i</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

obrazaca, prepisivanje recepata i uputnica s nalaza drugih specijalista, pisanje putnih naloga, prepisivanje bolovanja koja su indicirali pedijatri ili stomatolozi, itd. Potrebno je uvođenje administratora kao 3. člana tima u ordinacije obiteljske medicine kako bi se liječnici rasteretili svih ovih zadataka i kako bi zajedno sa svojim medicinskim sestrama mogli raditi posao za koji su educirani (i koji silno i žele raditi) ali su u ovim uvjetima u tome onemogućeni! Uz rad s administratorom mogli bi ojačati preventivne aktivnosti koje su sada zapostavljene i potisnute administracijom, i postići značajan pozitivan učinak na zdravlje populacije i funkcioniranje zdravstvenog sustava. To bi zbilja bila mjera u smjeru jačanja obiteljske medicine, ali i ostalih dijelova zdravstvenog sustava. Pokušaj krpanja rupa u kadrovskom deficitu obiteljske medicine mladim liječnicima koji bi imali obavezu raditi godinu dana u obiteljskoj medicini dodatan je šamar ovoj struci jer je potrebno težiti upravo suprotnome - da nam u obiteljskoj medicini rade stručnjaci sa specijalističkim obrazovanjem koji su kompetentni pružiti kompleksnu skrb za pacijente. Rad mladih liječnika bez specijalizacije u obiteljskoj medicini narušiti će kontinuitet skrbi za pacijente, kao i ostale kompetencije koje su temelj ove struke, uz prenošenje većeg postotka zadataka na SKZZ s obzirom da se ne može očekivati da ovi mladi ljudi na početku karijere rješavaju 80% problematike bez daljnjeg upućivanja kao što bi trebao biti normativ. Također, ovakvo postupanje prema njima stvorit će samo dodatan revolt, kada se nađu u obilju administracije i zadataka koje su obavezni na tom radnom mjestu obavljati a za koje nisu educirani na fakultetu jer ni nisu dio njihove struke - a za koje im prijete visoke kazne - ovo će samo potaknuti njihov bijeg iz obiteljske medicine. Svakako se slažem da bi svaki bolnički specijalist trebao dio radnog vijeka provesti u PZZ kako bi bio upoznat s ovom temeljnom razinom zdravstvene zaštite, kao što se dobar dio specijalizacije iz obiteljske medicine provodi rotacijama na bolničkim odjelima, ali to se može postići vraćanjem staža s većinskim dijelom rotacija u PZZ. Po pitanju vođenja bolovanja, nikako nije dobar smjer uvođenje visokih kazni liječnicima obiteljske medicine, već je ukoliko se želi postići smanjenje neadekvatno vođenih bolovanja potrebno osigurati liječnicima pomoć u tom zadatku u smislu veće angažiranosti djelatnika osiguravatelja i obavezna liječnička povjerenstva za pacijente na dužim bolovanjima. Osim toga, velik dio opterećenja kontaktima u obiteljskoj medicini odnosi se na administrativne preglede koje su dužni obavljati radi reguliranja bolovanja a ne iz medicinske potrebe. Primjerice, pacijenti s akutnim respiratornim ili probavnim infekcijama koji se inače ne bi imali potrebu javiti na pregled jer se radi o samoograničavajućim stanjima koja se liječe simptomatskom terapijom ipak moraju doći na pregled u ambulantu radi reguliranja bolovanja i to često minimalno 2 puta - pri otvaranju i zatvaranju bolovanja. Svaki bi zaposlenik trebao imati mogućnost koristiti određen broj dana bolovanja u godini bez da radi toga mora ići kod liječnika i dostavljati poslodavcu doznake kao što je to slučaj u

većini inozemnih zemalja. Ovakav aranžman poštedio bi liječnike obiteljske medicine velikog broja nepotrebnih konzultacija i pregleda koji su u svojoj svrsi administrativni. Na kraju ponavljam, potrebno je obiteljsku medicinu učiniti poželjnom strukom za rad kako bi ju se ojačalo kadrovski, a to se može samo uređenjem rada rasterećenjem od administracije - uvođenjem administratora, uvođenjem normativa, smanjenjem broja pacijenata po timu, izjednačavanjem koeficijenata, dok rad na drugim radilištima mora biti dobrovoljan. Sve mjere koje nose samo nove zadatke, obaveze i kazne bez ikakve stimulacije dovode u sigurnu propast struke obiteljske medicine što će se neminovno prenijeti na sve ostale razine zdravstvene zaštite.

172 **Zora Ripić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e.Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2.Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a.lako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b.Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3.Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4.Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije

rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

173 **Miranda Copetti Modrčin**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.” Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: “Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obavezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.” Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: “(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obavezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.” KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: “Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života.” na način da glasi kako slijedi: “Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života.” Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: “Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača.” na način da glasi kako je propisano

postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe

fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona". Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“.

ANDREJ RUBEŠA 03.11.2022 15:420 0 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula

„Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno

položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora 03.11.2022 15:290 0 Edukacijski rehabilitator/defektolog je stručnjak koji obavlja edukacijsko-rehabilitacijsku djelatnost u sustavu zdravstva, na radnim mjestima I. vrste, a reguliranu od strane Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora. Edukacijski rehabilitator obavlja zdravstvenu djelatnost kroz dijagnostičke i terapijske postupke i postupke medicinske rehabilitacije, a prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru nalazi se na razini 7.1.sv., u sektoru s psiholozima, logopedima i drugim socijalnim djelatnostima. Kao javno tijelo koje zastupa prava i interese edukacijskih rehabilitatora, predlažemo sljedeće izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kako bi se edukacijskim rehabilitatorima zaposlenima u sustavu zdravstva vratila njihova stečena i pripadajuća prava: Predlažemo dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikuluma koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti,

edukacijski rehabilitatori ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“ S obzirom da se zdravstvenim radnicima smatraju i stručnjaci koji se ne obrazuju na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu i drugim programima za zdravstveno zanimanje, smatramo da svojim obrazovanjem, koje uključuje niz medicinskih kolegija i kliničkih praksi, edukacijski rehabilitatori kao i navedena zanimanja, svoja stručna znanja i kompetencije koriste u procesu dijagnostike i liječenja. Prema članku 28. ovog Zakona, zdravstvena djelatnost je „djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom“, a iznimno ju „na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti te zaštite mentalnog zdravlja mogu obavljati i nezdravstveni djelatnici“ (stavak 2). Zdravstvena djelatnost provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda, a sukladno propisanom, edukacijski rehabilitatori provode djelatnost na svim navedenim razinama. Prema članku 30., na primarnoj razini obavljaju praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlažu mjere za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika; dijagnostiku i rehabilitaciju; preventivnu i specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži; zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom; preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika; savjetovanje, zdravstveno prosvječivanje i promicanje zdravlja radi njegova očuvanja i unapređivanja; zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju; zaštitu mentalnog zdravlja zbog čega smatramo opravdanim da se i edukacijska rehabilitacija uvrsti u djelatnosti koje pružaju zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini. Sekundarna razina obuhvaća specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost (čl.32.), a u odnosu na primarnu razinu ona obuhvaća složenije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i ozljeda, provođenja ambulantne rehabilitacije i medicinske rehabilitacije (čl.33.) - što edukacijski rehabilitatori također provode. Nadalje, ako se gleda sama klasifikacija djelatnosti, prema informacijama Državnog zavoda za statistiku, prema Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007. koja je stupila na snagu 01.01.2008. te je i dalje na snazi, defektološka (edukacijsko-rehabilitacijska) djelatnost razvrstava se u razred 86.90 Ostale djelatnosti zdravstvene zaštite. 2011. godine edukacijski rehabilitatori su imali status zdravstvenih radnika, a tada je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi u Prijedlogu Zakona o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti navelo da je djelatnost edukacijskih rehabilitatora kao sastavni dio odgojno-obrazovne, socijalne, zdravstvene i znanstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku. Kao daljnji argument navodimo da edukacijski rehabilitatori provode zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 4. i prema aktualnom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2020.- 2022. edukacijski rehabilitatori se navode kao izvršitelji čak

73 mjere zdravstvene zaštite i kao suradnici u izvršavanju 30 mjera zdravstvene zaštite. Većinski su kao izvršitelji i suradnici prepoznati na području psihijatrije, dječje i adolescentne psihijatrije te na području zaštite mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti. Izuzev toga, postoji niz mjera zdravstvene zaštite na području prevencije, dijagnostike, rehabilitacije i liječenja djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom koje provode, ali nisu navedeni kao izvršitelji, niti kao suradnici (19 mjera zdravstvene zaštite), kao i niz mjera koje provode, a koje nisu obuhvaćene Planom i programom mjera zdravstvene zaštite. Zaključno, navodi se da zdravstveni radnici obavljaju zdravstvenu djelatnost „u procesu dijagnostike i liječenja“. Edukacijski rehabilitatori su stručnjaci koji sudjeluju u timskoj dijagnostici, liječenju, habilitaciji i rehabilitaciji pacijenata - djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika i simptomima rizika; djece, mladih i odraslih osoba s: intelektualnim teškoćama, teškoćama učenja, ADHD-om, poremećajem iz spektra autizma (PSA), višestrukim teškoćama, motoričkim poremećajima, kroničnim bolestima, teškoćama vizualne percepcije; slijepe, slabovidne i gluhoslijepe djece, mladih i odraslih; kao i njihovog okruženja. U sustavu zdravstva neophodni su u dijagnostičkom procesu svih razvojnih teškoća prema MKB-10, kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Slijedom navedenoga predlažemo i dopunu članka 30., stavka 2., na način da glasi: „Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske (opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece; školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata; javnog zdravstva; zdravstvene zaštite žena; dentalne zdravstvene zaštite; dentalnih laboratorija; higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite; medicine rada/medicine rada i sporta; zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti; logopedije; patronažne zdravstvene zaštite; zdravstvene njege u kući; primaljske skrbi; fizikalne terapije; radne terapije; hitne medicine; sanitetskog prijevoza; palijativne skrbi; ljekarništva; radiološke dijagnostike; laboratorijske dijagnostike; telemedicine; zdravstvene ekologije; sanitarnog inženjerstva; edukacijske rehabilitacije“. Također predlažemo dopunu članka 32., stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. podstavaka 9., 11., 15., 19. i 26. ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, fizikalne terapije, palijativne skrbi i edukacijske rehabilitacije mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Kroz priloženu argumentaciju vidljivo je kako rad i usluge koje pruža edukacijski rehabilitator u zdravstvu prelaze ulogu suradnika u zdravstvu te stoga predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te se na taj način omogući ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije u svrhu poboljšanja sustava zdravstvene zaštite i interesa djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. Ana Marija Krznarić Lovosević 03.11.2022 14:28 0

Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteci Iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizirana obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. 2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: – ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika – dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti – dokaz o

osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda – dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.”

Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno “pred izumiranjem” kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!

3/ Ukidanje obveze ishođenja suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije

Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: “(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.”

Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije.

4/ Ukidanje “kažnjavanja” specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos

Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: “Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona“. Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2.

ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?! 5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika. 6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu

samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.“ Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: “Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji.” Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi: “Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka.” Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog

posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak. Komentar na članak 1. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Komentar na članak 12. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvedivo. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse

definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira. Komentar na članak 25. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i postaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već

sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi?! Komentar na članak 43. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva

stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Komentar na članak 50. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Prije svega KoHOM ističe da ova odredba koja regulira prelazak domskih liječnika u privatnu praksu praktički ostaje bez ikakvog učinka, s obzirom na prijedlog za izmjenu članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se daje ovlast osnivačima domova zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite te na taj način onemogućiti bilo kojeg domskog liječnika u ostvarivanju svojih prava iz ovog članka zakona. Dakle, bez obzira, da li domski liječnik ima godinu dana staža (što je uvjet po postojećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) ili pet godina radnog staža po ovom prijedlogu, ishod u slučaju traženja prelaska u privatnu praksu će biti isti, negativan, iz jednostavnog razloga što domovi zdravlja više neće biti limitirani po broju timova u pojedinoj djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Izmjenom ove odredbe i odredbe članka 103. st. 4. liječnicima se ostavlja izbor, ili nastavak rad u domovima zdravlja ili odlazak u inozemstvo, a strahujemo da će potonja opcija biti sve učestalija. Brojke o mladim liječnicima koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja što će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. U prilog našim navodima iznosimo još jednom statističke podatke HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) Isto tako KoHOM predlaže dopuniti ovu odredbu novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“ Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika. Aleksandar Ljubotina 03.11.2022 14:160 0 Obiteljski liječnici oduvijek obavljaju oportunističke sistematske preglede, i oni bi trebali zauzimati značajan dio radnog dana. Problem je suvišna administracija (organiziranje kućnih njega, sanitetskih prijevoza, propisivanje ortopedskih pomagala, putnih naloga i sl.) koja obiteljskim liječnicima ne dozvoljava baviti se medicinom, onim znanjima i vještinama koja su usvojili tijekom specijalizacije. Zato treba reformirati obiteljsku medicinu, na pravi način, uz konzultaciju struke (Četiri Katedre obiteljske medicine imaju kvalitetne nastavnike koji poznaju i žive struku) Krapinsko-zagorska županija 03.11.2022 13:540 0 Predlažemo u Prijedlogu izmjena i dopuna Zakona jasnije definirati odredbe članka 235. važećeg

Zakona o zdravstvenoj zaštiti u dijelu koji uređuje pitanje iz kojih se izvora osiguravaju sredstva za podmirenje troškova obdukcije u slučaju neprirodne smrti ili smrti nepoznatog uzroka. Naime, riječ je o dugogodišnjem nerazumijevanju oko primjene zakonskih odredbi u praksi i inzistiranju zdravstvenih ustanova koje obavljaju obdukcije da se troškovi istih podmiruju iz proračuna jedinica područne (regionalne) samouprave. Na ovo nerazumijevanje jedinica područne (regionalne) samouprave upozoravaju već niz godina i predlažemo da se izmjenama i dopunama Zakona ovo nedvojbeno i jasno definira. Lidija Gović-Golčić 03.11.2022 13:270

0 Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrš 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrš 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrš 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s

navršениh 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulatvinih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje

upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona". Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb”. Lidija Gović-Golčić 03.11.2022 13:260 0 Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona." Ivanka Dodig-Bravić 03.11.2022 13:260 0 Slažem se sa svim komentarima KOHOM-a, na novi Zakon o ZZ. Ja sam doduše pri kraju svog radnog vijeka, a ako se ovo usvoji, otići će savjetovanje u odnosu na Prijedlog Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju 1. Komentar na

ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteci iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samouzlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

2. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke

(KoHOM ima prijedlog). 3. Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu. 4. Komentar na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana protoka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predložimo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno,

isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZu prije nego sam mislila. LP Sanja Pavić 03.11.2022 12:360 0

prijedlozi na Zakon o zdravstvenoj zaštiti:
Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta."
Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona." Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2.

ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u

okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog

radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona“. Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“.

123456789101112 Copyright © 2022 Središnji državni ured za razvoj digitalnog društva, Ured za zakonodavstvo. Izjava o pristupačnosti.

174 **Tajana Katinić Zorić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: “Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“
 Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to “iznimne situacije”? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači “izvan radnog mjesta”? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona." Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obavezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obavezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta

pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navršених 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne

zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona". Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“.

175 **ANDREJ RUBEŠA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom

pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

- 176 **Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**
- Edukacijski rehabilitator/defektolog je stručnjak koji obavlja edukacijsko-rehabilitacijsku djelatnost u sustavu zdravstva, na radnim mjestima I. vrste, a reguliranu od strane Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora. Edukacijski rehabilitator obavlja zdravstvenu djelatnost kroz dijagnostičke i terapijske postupke i postupke medicinske rehabilitacije, a prema Hrvatskom kvalifikacijskom okviru nalazi se na razini 7.1.sv., u sektoru s psiholozima, logopedima i drugim socijalnim djelatnostima. Kao

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

javno tijelo koje zastupa prava i interese edukacijskih rehabilitatora, predložimo sljedeće izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kako bi se edukacijskim rehabilitatorima zaposlenima u sustavu zdravstva vratila njihova stečena i pripadajuća prava: Predložimo dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, edukacijski rehabilitatori ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja...“ S obzirom da se zdravstvenim radnicima smatraju i stručnjaci koji se ne obrazuju na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu i drugim programima za zdravstveno zanimanje, smatramo da svojim obrazovanjem, koje uključuje niz medicinskih kolegija i kliničkih praksi, edukacijski rehabilitatori kao i navedena zanimanja, svoja stručna znanja i kompetencije koriste u procesu dijagnostike i liječenja. Prema članku 28. ovog Zakona, zdravstvena djelatnost je „djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom“, a iznimno ju „na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti te zaštite mentalnog zdravlja mogu obavljati i nezdravstveni djelatnici“ (stavak 2). Zdravstvena djelatnost provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda, a sukladno propisanom, edukacijski rehabilitatori provode djelatnost na svim navedenim razinama. Prema članku 30., na primarnoj razini obavljaju praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlažu mjere za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika; dijagnostiku i rehabilitaciju; preventivnu i specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži; zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom; preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika; savjetovanje, zdravstveno prosvjećivanje i promicanje zdravlja radi njegova očuvanja i unapređivanja; zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i mentalnom razvoju; zaštitu mentalnog zdravlja zbog čega smatramo opravdanim da se i edukacijska rehabilitacija uvrsti u djelatnosti koje pružaju zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini. Sekundarna razina obuhvaća specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost (čl.32.), a u odnosu na primarnu razinu ona obuhvaća složenije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i ozljeda, provođenja ambulantne rehabilitacije i medicinske rehabilitacije (čl.33.) - što edukacijski

rehabilitatori također provode. Nadalje, ako se gleda sama klasifikacija djelatnosti, prema informacijama Državnog zavoda za statistiku, prema Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti 2007. koja je stupila na snagu 01.01.2008. te je i dalje na snazi, defektološka (edukacijsko-rehabilitacijska) djelatnost razvrstava se u razred 86.90 Ostale djelatnosti zdravstvene zaštite. 2011. godine edukacijski rehabilitatori su imali status zdravstvenih radnika, a tada je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi u Prijedlogu Zakona o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti navelo da je djelatnost edukacijskih rehabilitatora kao sastavni dio odgojno-obrazovne, socijalne, zdravstvene i znanstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku. Kao daljnji argument navodimo da edukacijski rehabilitatori provode zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 4. i prema aktualnom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2020.- 2022. edukacijski rehabilitatori se navode kao izvršitelji čak 73 mjere zdravstvene zaštite i kao suradnici u izvršavanju 30 mjera zdravstvene zaštite. Većinski su kao izvršitelji i suradnici prepoznati na području psihijatrije, dječje i adolescentne psihijatrije te na području zaštite mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti. Izuzev toga, postoji niz mjera zdravstvene zaštite na području prevencije, dijagnostike, rehabilitacije i liječenja djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom koje provode, ali nisu navedeni kao izvršitelji, niti kao suradnici (19 mjera zdravstvene zaštite), kao i niz mjera koje provode, a koje nisu obuhvaćene Planom i programom mjera zdravstvene zaštite. Zaključno, navodi se da zdravstveni radnici obavljaju zdravstvenu djelatnost „u procesu dijagnostike i liječenja“. Edukacijski rehabilitatori su stručnjaci koji sudjeluju u timskoj dijagnostici, liječenju, habilitaciji i rehabilitaciji pacijenata - djece s neurorazvojnim čimbenicima rizika i simptomima rizika; djece, mladih i odraslih osoba s: intelektualnim teškoćama, teškoćama učenja, ADHD-om, poremećajem iz spektra autizma (PSA), višestrukim teškoćama, motoričkim poremećajima, kroničnim bolestima, teškoćama vizualne percepcije; slijepi, slabovidni i gluhoslijepi djece, mladih i odraslih; kao i njihovog okruženja. U sustavu zdravstva neophodni su u dijagnostičkom procesu svih razvojnih teškoća prema MKB-10, kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Slijedom navedenoga predlažemo i dopunu članka 30., stavka 2., na način da glasi: „Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: obiteljske (opće) medicine; zdravstvene zaštite predškolske djece; školske i adolescentne medicine u vidu preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata; javnog zdravstva; zdravstvene zaštite žena; dentalne zdravstvene zaštite; dentalnih laboratorija; higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite; medicine rada/medicine rada i sporta; zaštite mentalnog zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti; logopedije; patronažne zdravstvene zaštite; zdravstvene njege u kući; primalske skrbi; fizikalne terapije; radne terapije; hitne medicine; sanitetskog prijevoza; palijativne skrbi; ljekarništva; radiološke dijagnostike; laboratorijske dijagnostike;

telemedicine; zdravstvene ekologije; sanitarnog inženjerstva; edukacijske rehabilitacije“. Također predlažemo dopunu članka 32., stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. podstavaka 9., 11., 15., 19. i 26. ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, fizikalne terapije, palijativne skrbi i edukacijske rehabilitacije mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Kroz priloženu argumentaciju vidljivo je kako rad i usluge koje pruža edukacijski rehabilitator u zdravstvu prelaze ulogu suradnika u zdravstvu te stoga predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te se na taj način omogući ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije u svrhu poboljšanja sustava zdravstvene zaštite i interesa djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“, „edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti“ znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa, kliničkih psihologa, edukacijskih rehabilitatora, poglavito u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, u području školske i adolescentne medicine te u području zaštite mentalnog zdravlja sve u cilju prevencije primarnih i zdravstvenih teškoća djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi “Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora”.

177 **Ana Marija Krznarić Lovosević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijaliziranih obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navršenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navršenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. 2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obavezan je ministarstvu podnijeti: – ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika – dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti – dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda – dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno "pred izumiranjem" kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva

(<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishođenja suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: “(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.”
Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije. 4/ Ukidanje “kažnjavanja” specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: “Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona”. Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“
Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući

domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?! 5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.” Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb”. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlorabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika. 6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.” Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih

zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: "Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji." Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi: "Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka." Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak. Komentar na članak 1. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što

su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Komentar na članak 12. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvedivo. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne

prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira. Komentar na članak 25. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predložemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i postaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijaliziranih obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako,

predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: “Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka.” Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??! Komentar na članak 43.

Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno “popuni kadrovske rupe”. Komentar na članak 50.

Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Prije svega KoHOM ističe da ova odredba koja regulira prelazak domskih liječnika u privatnu praksu praktički ostaje bez ikakvog učinka, s obzirom na prijedlog za izmjenu članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se daje ovlast osnivačima domova zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite te na taj način onemogućiti bilo kojeg domskog liječnika u ostvarivanju svojih prava iz ovog članka zakona. Dakle, bez obzira, da li domski liječnik ima godinu dana staža (što je uvjet po postojećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) ili pet godina radnog staža po ovom prijedlogu, ishod u slučaju traženja prelaska u privatnu praksu će biti isti, negativan, iz

jednostavnog razloga što domovi zdravlja više neće biti limitirani po broju timova u pojedinoj djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Izmjenom ove odredbe i odredbe članka 103. st. 4. liječnicima se ostavlja izbor, ili nastavak rad u domovima zdravlja ili odlazak u inozemstvo, a strahujemo da će potonja opcija biti sve učestalija. Brojke o mladim liječnicima koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja što će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. U prilog našim navodima iznosimo još jednom statističke podatke HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) Isto tako KoHOM predlaže dopuniti ovu odredbu novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“ Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.

178 **Aleksandar Ljubotina**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Obiteljski liječnici oduvijek obavljaju oportunističke sistematske preglede, i oni bi trebali zauzimati značajan dio radnog dana. Problem je suvišna administracija (organiziranje kućnih njega, sanitetskih prijevoza, propisivanje ortopedskih pomagala, putnih naloga i sl.) koja obiteljskim liječnicima ne dozvoljava baviti se medicinom, onim znanjima i vještinama koja su usvojili tijekom specijalizacije. Zato treba reformirati obiteljsku medicinu, na pravi način, uz konzultaciju struke (Četiri Katedre obiteljske medicine imaju kvalitetne nastavnike koji poznaju i žive struku)

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

179	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predlažemo u Prijedlogu izmjena i dopuna Zakona jasnije definirati odredbe članka 235. važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti u dijelu koji uređuje pitanje iz kojih se izvora osiguravaju sredstva za podmirenje troškova obdukcije u slučaju neprirodne smrti ili smrti nepoznatog uzroka. Naime, riječ je o dugogodišnjem nerazumijevanju oko primjene zakonskih odredbi u praksi i inzistiranju zdravstvenih ustanova koje obavljaju obdukcije da se troškovi istih podmiruju iz proračuna jedinica područne (regionalne) samouprave. Na ovo nerazumijevanje jedinica područne (regionalne) samouprave upozoravaju već niz godina i predlažemo da se izmjenama i dopunama Zakona ovo nedvojbeno i jasno definira.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
180	<p>Lidija Gović-Golčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrš 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

kad navršše 68 godina života.” Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: “Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača.” na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: “Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija.” Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o

donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona". Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“.

181	<p>Lidija Gović-Golčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
182	<p>Ivanka Dodig-Bravić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Slažem se sa svim komentarima KOHOM-a, na novi Zakon o ZZ.Ja sam doduše pri kraju svog radnog vijeka, a ako se ovo usvoji, otići će savjetovanje u odnosu na Prijedlog Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju 1. Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći Iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

2. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).

3. Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.

4. Komentar na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja."

Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta."

Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke

s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predložemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZu prije nego sam mislila.LP

183 **Sanja Pavić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 prijedlozi na Zakon o zdravstvenoj zaštiti:
 Predložemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta."
 Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona." Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrš 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrš 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge

strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navršenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navršenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje

dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona". Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“.

184	<p>Amila Iličić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Smatram da je jednogodišnji staž u obiteljskoj medicini za sve nepotreban i destimulirajući za mlade liječnike. Smatram da nema potrebe da se liječnici „privremeno“ bave obiteljskom medicinom prije nego se opredijele za neku drugu specijalizaciju i da obiteljska medicina ne bi smjela postati usputna stanica dok se čeka druga specijalizacija. Slažem se da bi jednogodišnji staž u obiteljskoj medicini bio potreban za sve mlade liječnike koji će dalje nastaviti specijalizaciju iz obiteljske i ostati raditi u obiteljskoj medicini. Što se tiče rada u HMP, ne znam kako bi to bilo organizirano i na koji ste način sve to mislili provesti, obvezati liječnike obiteljske medicine da rade u HMP s obzirom da su to dvije različite specijalizacije? Slažem se s mišljenjem KoHOM-a DNOO-a i zanimaju me odgovori na sva pitanja koja su postavili u svezi pružanja hitne medicinske pomoći izvan svog radnog mjesta. Rad obiteljskih liječnika u HMP trebao bi biti dobrovoljan, a ne obvezujući.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
185	<p>HANNAH GAŠPAREVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da

promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

186 **HANNAH GAŠPAREVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog

tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

187 **Marijana Kovaček**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Poštovani, u ime Podružnice HKMS Osječko-baranjske županije dostavljam svoje mišljenje i prijedlog vezano uz Članak 85. (2) Ravnatelj zdravstvene ustanove ima zamjenika, a može imati pomoćnika za pravne poslove, pomoćnika za financijsko poslovanje, pomoćnika za sestrinstvo – glavnu sestru zdravstvene ustanove te pomoćnika za kvalitetu sukladno zakonu kojim se uređuje kvaliteta zdravstvene zaštite. Prijedlog: Ravnatelj zdravstvene ustanove ima zamjenika i pomoćnika ravnatelja za sestrinstvo – glavnu sestru zdravstvene ustanove...
 Obrazloženje: Radno mjesto pomoćnika ravnatelja za sestrinstvo – glavne sestre zdravstvene ustanove od iznimne je važnosti za koordinaciju, organizaciju i upravljanje najbrojnijom skupinom zdravstvenih radnika odnosno medicinskih sestara/tehničara u zdravstvenom sustavu. Predsjednica Podružnice HKMS Osječko-baranjske županije Marijana Kovaček, dipl.med.techn.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

188	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života."</p> <p>Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
189	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

190	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50.a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obavezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
191	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

192

**Dom zdravlja Županja
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI**

Poštovani, dostavljam Vam prigovor Podružnice HKMS Vukovarsko srijemske županije na članak 85. koji ovako glasi. Članak 85. (1) Ravnatelj organizira i vodi poslovanje, predstavlja i zastupa zdravstvenu ustanovu i odgovoran je za zakonitost rada. (2) Ravnatelj zdravstvene ustanove ima zamjenika, a može imati pomoćnika za pravne poslove, pomoćnika za financijsko poslovanje, pomoćnika za sestrinstvo – glavnu sestru zdravstvene ustanove te pomoćnika za kvalitetu sukladno zakonu kojim se uređuje kvaliteta zdravstvene zaštite. U zakonu iz 2011. taj članak je glasio Ravnatelj zdravstvene ustanove ima zamjenika, u bolničkim zdravstvenim ustanovama i domovima zdravlja i pomoćnika za sestrinstvo-glavnu sestru zdravstvene ustanove, a u kliničkim zdravstvenim ustanovama i pomoćnika za financijsko poslovanje. OVO SADA JE SAMO NA ŠTETU POMOĆNIKA RAVNATELJA ZA SESTRINSTVO - prijedlog članka je sljedeći: Ravnatelj zdravstvene ustanove ima zamjenika, u bolničkim zdravstvenim ustanovama i domovima zdravlja i pomoćnika za sestrinstvo – glavnu sestru zdravstvene ustanove a u kliničkim zdravstvenim ustanovama i pomoćnika za financijsko poslovanje, a može imati pomoćnika za pravne poslove, pomoćnika za kvalitetu sukladno zakonu kojim se uređuje kvaliteta zdravstvene zaštite. **Obrazloženje;** Pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo- Glavna medicinska sestra mora biti obvezno radno mjesto u svim zdravstvenim ustanovama. Na tom radnom mjestu mora biti visokoobrazovana medicinska sestra jer je kao takva sukladno svom obrazovanju najkompetentnija: za organizaciju, upravljanje i koordinaciju rada medicinskih sestara/tehničara u ustanovi, za planiranje razvoja sestrinstva u ustanovi, za rukovođenje sustavima unapređenja sestrinske prakse te za brigu o provođenju zakonskih propisa iz području sestrinstva u ustanovi. Predsjednica podružnice HKMS VSŽ: Janja Stojanović,mag.med.techn.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

193	<p>Sarah Singer NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Rad u PZZ je potrebno stimulirati na druge nacine, uz poticaj (boljim uvjetima) na usavršavanje u tom području sa svrhom povećanja broja stručnjaka. Zakon o obaveznom radu u PZZ u trajanju od jedne godine nije adekvatno rješenje. Također smatram da se uspostava ovakvih promjena nebi trebala provoditi u tijeku školovanja. Osim toga, nakon šestogodišnjeg studija (sa svim položenim i naučenim metodama osnovnog medicinskog osposobljavanja koje su potrebne) stjecemo pravo pristupanju specijalističkom usavršavanju, zakonski, prema člancima 24. i 25. direktive 2005/36/EZ Eu parlamenta... Dodatna edukacija nije potrebna nakon 6 godina studija, no ukoliko se diplomirane doktore smatra nespremnima za specijalističko usavršavanje odmah po završetku fakulteta onda neka se naprave promjene po pitanju kvalitetnije edukacije u tih 6 godina studija. Osim toga, u slučaju potrebe, postoji RPN koji je dobar način tranzicije iz uloge studenta u ulogu doktora (ako netko to želi).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
194	<p>Anja Kovačić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da

promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

195 **Manuela Frančić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog

tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

196 **Adrijan Tiku**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće

uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

197 **Karla Kosor**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim

uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

<p>198</p>	<p>Ivana Orlić Neretljak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI PZZ morala bi biti temelj zdravstvenog sustava. Bez dobrog PZZ-a nema ni kvalitetne zdravstvene zaštite. Novi prijedlog Zakona o ZZ to ne podržava. 1) Nositelj PZZa je obiteljska medicina, i ona je s pravom specijalizacija za sebe, kao što je hitna medicina s pravom specijalizacija za sebe. POdrzumijevanje da svaki liječnik može raditi ove 2 specijalizacije je prva ogromna greška, koja proizlazi iz nedostatka liječnika no to se ne smije krpati na ovaj način. Timovi obiteljske medicine su brojčano preopterećeni (kvantiteta u značajnoj mjeri narušava kvalitetu usluge) a kontinuitet skrbi koji je glavni adut obiteljske medicine (garanita manji broj upućivanja na hitnu, manje liste čekanja za pretrage, manje upućivanje u skzz) praktički već sada skoro da ne postoji, tj. postaje manjina, a izmjenjivanje mladih liječnika, koji će biti primorani raditi u ambulantama obiteljske medicine bez specijalizacije obiteljske medicine i bez interesa za nju, dodatno će devastirati već skoro potpuno devastiranu ovu divnu struku 2) Maknite administraciju iz obiteljske medicine. Neće biti potrebno zapošljavati administratore u ordinacijama (što je trenutno neophodno) samo ako maknemo poslove osiguravatelja iz naše ordinacije na HZZO šaltere (posebne HZZO klauzule, propisivanje pomagala, izdavanje sanitestkog prijevoza i putnih naloga,...) 3) Kada sestra prestane biti administrator, a LOM prestane raditi posao med. sestre (mjerenje, vaganje, savjetovanje o primjeni higijensko-dijetetskih mjera..) obiteljska medicina će imati vremena za preventivu što je veliki dio našeg posla ali ga ne stignemo odrađivati kako treba od pustih nestručnih obaveza i zadataka. Kada se budemo bavili preventivom i speijalisti u bolnicama će moći konačno raditi svoj posao. Sistematske preglede mi i tako već radimo, a trebali bi ih raditi i više, ali ne stižemo od silne administracije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>199</p>	<p>Leo Radalj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna

medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

200 **Rea Novak**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

201 **Marija Debelić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Slažem se s prijedlozima KOHOM-a.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

202 **MARIO MARTINOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

203

Petra Potrebica

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom

pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

204 **Domagoj Šarić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim

preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

205 **KRISTINA MILARDOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno

opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

206 **JELENA CEPANEC**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u

svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine

stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e.

Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne

komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima

različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno

educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

207

Ilonka Kasalo
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI
 Slažem se sa prijedlozima KOHOM-a.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

208	<p>Sara Lovrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Uz to, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
209	<p>Helena Pejić Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Slažem se sa prijedlozima KOHOM-a.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

210	<p>DAVID ZAHIROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Slažem se sa prijedlozima KOHOM-a.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
211	<p>Leandra Lazarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se

rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

212 **MARIJA VAITI**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona : 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje

mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

213 **Međimurska županija**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

MIŠLJENJE MEĐIMURSKE ŽUPANIJE:
Međimurska županija smatra da Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji je predstavljen javnosti, a ujedno je i na e-Savjetovanju ne donosi sva potrebna rješenja na pitanja zdravstvenog sustava u RH. Također smatramo da u konačnici neće donijeti kvalitetna rješenja te da će i nadalje biti pacijent zbog sustava, a ne sustav zbog pacijenta. Protivimo se korištenju teme zdravstva za politički interes. Smatramo da zdravstveni sustav treba mijenjati, ali prijedlog da država preuzme vlasništvo i upravljanje nad općim bolnicama neće biti korak u dobrom smjeru, već će bolnički sustav postati alat politike. Mišljenja smo da se centralizacijom bolničkog sustava ide u suprotnom smjeru te da određeni reformski koraci neće imati svoju maksimalnu funkcionalnost i rezultat, prvenstveno ovdje mislimo na preuzimanje vlasničkih i osnivačkih prava općih bolnica. Ustav RH (čl. 135.) ističe da jedinice područne (regionalne) samouprave obavljaju poslove od područnog (regionalnog) značenja, a osobito poslove koji se, uz ostalih, odnose i na zdravstvo. Nadovezujući se, Međimurska županija, kao osnivač zdravstvenih ustanova, do sada se uvijek rukovodila manirom dobrog gospodara te je u fokusu uvijek bio pacijent i unaprjeđenje zdravstvenog sustava stvaranjem boljih uvjeta i za pacijente i za medicinsko osoblje. Ne očekujući pomoć ministarstva ili države uvijek smo promptno reagirali, što činimo i danas, ulaganjem vlastitih sredstava na prilagođavanju zdravstvenih resursa prema zdravstvenim potrebama stanovništva županije, te smatramo da se centralizacijom općih bolnica u tom smjeru neće postići bolji rezultati. Još jednom naglašavamo da nismo protiv reforme, zdravstveni sustav uistinu treba kvalitetnu reformu i podupiremo reformu u segmentima koji se odnose na modernizaciju bolničkog sustava, funkcionalnu integraciju bolnica, uspostavu centara izvrsnosti, praćenje indikatora liječenja i sigurnosti pacijenata te ostale reformske aktivnosti koje u fokusu imaju kvalitetu sustava, rad i pacijenta. Međutim, smatramo da preuzimanjem osnivačkih i vlasničkih prava nad općim bolnicama, konkretno za Međimursku županiju nad Županijskom bolnicom Čakovec sustav neće biti bolji, brži i učinkovitiji tim više što uz Nacrt prijedloga nije priložena analiza predloženih zakonskih rješenja. U Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti više se puta naglašava jedna opća bolnica po županiji, napominjući da jedna bolnica po županiji donosi financijsku uštedu, racionalizaciju poslovanja, fleksibilnost u upravljanju i ostalo. U gustoći bolnica po županijama vidljiva su značajna odstupanja. U Međimurskoj županiji postoji samo jedna opća bolnica, Županijska bolnica Čakovec, dok u pet županija postoje i dvije opće

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

bolnice, više domova zdravlja, specijalne bolnice, a također je županija koja uz opću bolnicu ima i KBC. Razvidno je da se Međimurska županija kao osnivač zdravstvenih ustanova (1 Županijska bolnica Čakovec, 1 Dom zdravlja Čakovec, 1 Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije i 1 Zavod za hitnu medicinu Međimurske županije) ponašala štedljivo i racionalno izgrađujući zdravstveni sustav prema potrebama stanovništva te smatramo da Županijska bolnica Čakovec ne bi trebala promijeniti osnivača. Predlažemo da svaka županiji zadrži jednu sekundarnu ustanovu, obzirom da većina županija ima i specijalne bolnice, a tamo gdje ih nema da ostanu upravljačka i vlasnička prava županijama nad općim bolnicama. Na taj način sustav bi bio pravedniji, sveobuhvatniji i postigao bi se osnovni cilj da u RH neće biti županija s više sekundarnih ustanova, dok neke neće imati ni jednu. Nadalje, napominjemo da je za proces funkcionalnog spajanja bolnica i smanjenja posteljnih kapaciteta potrebno detaljno analizirati prometnu dostupnost, gustoću naseljenosti, udaljenost naselja, postotak starog stanovništva i druge pokazatelje da bi realizacija predloženih reformskih mjera bila društveno prihvatljiva. Analiza podataka vezanih uz Županijsku bolnicu Čakovec govori o njezinoj učinkovitosti i efikasnosti. Međimurska županija ima po popisu iz 2021. godine 105.863 stanovnika, dok Bolnica ima za navedeni broj stanovnika 294 ugovorena kreveta, 184 doktora medicine, 15 947 bolesnika bilo je u bolnici 2021. godine, broj BO dana u 2021. je 89177, godišnja zauzetost kreveta je 83,10%, broj dana bolničkog liječenja 5,59. Županijska bolnica Čakovec izgrađuje centre izvrsnosti iz kardiologije, ortopedije i transfuzije. Ne objašnjavajući u detalje, već samo iznoseći neke od rezultata rada i razvoja Županijske bolnice Čakovec možemo vidjeti da su oni dobri, te da pokazuju kvalitetu bolničke usluge i rada medicinskog osoblja, ne dvojeći da sve može biti još bolje i kvalitetnije. Opće je poznato da kada govorimo o ekonomskoj efikasnosti općih bolnica u njihovom poslovanju uočavamo ukrštavaju dviju logika, poslovne i socijalne dostupnosti, obje sa svojim zakonitostima, što je izrazito teško pomiriti. Te stoga podupiremo reformu zdravstvenog sustava u segmentu efikasnog gospodarenja financijama što će donijeti konkretne financijske koristi za opće bolnice. Zbog cjelokupne slike zdravstvenog sustava u RH evidentna je potreba strukturnih reformi i modernizacija te se nadamo se da će reforma zdravstvenog sustava i novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti donijeti bolju efikasnost i učinkovitost, poboljšanu zdravstvenu zaštitu i općenito zdravstveno stanje stanovništva te napredak i poboljšanje vezano uz korištenje resursa.

214 **Lorena Mitrović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim

nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano.

Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa

specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu

pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet

zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih

istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim

uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće

uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog

tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da

promjene ovakve magnitude iziskuju određene

prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija

medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u

ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se

trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru

Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih

medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-

a među svim predloženim opcijama, najpogodnije

rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju

mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model

RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem

spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN

može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i

područja medicinske edukacije.

b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema

potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz

gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne

donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se

rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model

stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u

PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je

cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje

mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO

OBVEZA.

215	<p>DINO SKITARELIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Smatram da ovakva mjera otežava završetak studija, odgađa specijalizacije na barem godinu dana za ostala zvanja u zdravstvenom sustavu te naposljetku ne rješava problem nedostatka liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nego je nespretna privremena zakrpa</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
216	<p>Snježana Vučić Peris NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>1. Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći: Iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogućí otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

2. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO: Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).

3. Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO: KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.

4. Komentar na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO: KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana protoka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrijima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrijima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja

doznaka. Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ

217

Klara Katarina Lihtar
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se

trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

218 **Vanja Lazic**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Na žalost možemo konstatirati da Prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti niti u jednom segmentu ne rješava gorući problem rada u obiteljskoj medicini, a to je preveliko opterećenje nezdravstvenim radom i potpunom devastacijom kako liječničkog tako i kadra medicinskih sestara, a posljedica je neracionalnog trošenja visoko obrazovanih zdravstvenih radnika i nemogućnost specijalističkog usavršavanja svih liječnika obiteljske medicine (LOM), a ne samo onih koji rade u domovima zdravlja. Doima se da svaki posao koji je „višak „ neke druge struke spušta se na teret LOM. Danas, medicinske sestre obavljaju uglavnom administrativne poslove, a za medicinsku edukaciju za koju su školovane nemaju vremena. Liječnici obiteljske medicine (LOM) djelomično nadomještaju posao medicinskih sestara, a sve što sami ne stignu obaviti prosljede u bolnicu. Tako zapravo nitko ne radi posao za koji je školovan, a posao je odrađen loše. Cijeli sustav je tako preopterećen, a rješenje je u rasterećenju LOM od administrativnog posla. U razvijenijim zemljama visoko educirani kada LOM jako se cijeni i koristi samo za medicinski dio posla koji se određen sistematizacijom radnog mjesta. Ostali poslovi su delegirani na niže educirane i ekonomski isplativije zdravstvene i nezdravstvene kadrove. Prema podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) te se nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Ovim Prijedlogom o izmjenama i dopunama ZZZ ne garantira se kvaliteta rada, ona se čak niti ne spominje. 1. Kako bi se djelomično pogasila vatra nepostojanja liječnička obiteljske medicine DNOOM predlaže izmjenu postojećeg

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

zakona Čl. 67st.2 koji glasi „ Zdravstvenim radnicima u mreži javnozdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po ili zakona prestaje sa navršениh 65 godina života“ na način kako slijedi: „ Zdravstvenim radnicima u mreži javnozdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po ili zakona prestaje sa navršениh 68 godina života“
Obrazloženje: Tim činom će se samo malo riješiti veliki nedostatak koji postoji u obiteljskoj medicini. Kako je školovanje LOM skupo i dugotrajno potrebno je naći i druga rješenja. Primjer su zemlja EU koje uz LOM zapošljavaju jednu i pol ili dvije medicinske sestre, da ne posežemo za visokorazvijenim zemljama u kojima uz LOM radi i 5 dodatnih zdravstvenih radnika, sve u svrhu bolje učinkovitosti i kvalitete rada. 2. Komentar na članak 25. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo potpunu izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: “Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača.” Obrazloženje: Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a koja glasi: “Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija.”, a sada slobodno ostavljaju zakonom otvorena vrata da povećavaju broj ordinacija za obavljanje svake djelatnosti sukladno odluci osnivača. Odnosno izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Postoji li ekonomska analiza takve odluke o povećanju broja ordinacija domova zdravlja? Iskustva zapadnih zemalja govore da grupne prakse, a dom zdravlja je državna grupna praksa, veće od 6 maksimalno 8 timova LOM je ekonomski neisplativ. Danas u Europi veliki domovi zdravlja koje ovaj zakon hoće ponovno osnažiti imaju samo Srbija, BiH i Crna Gora. Sve ostale zemlje imaju male grupne prakse, državne ili privatne koje opstoje na ekonomskom principu, a ne posežu za novcima iz proračuna kada i kako kojem domu zdravlja treba. Smatramo da je za takvu odluku potrebna dobra ekonomska analiza na kojoj bi se ovaj Prijedlog zakona o izmjenama i dopunama ZZZ trebao bazirati. Sve radnje bez ekonomske analize vode ka urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i postaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će LOM koji rade u domovima zdravlja biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Odnosno, i sada je lakše otići u Irsku nego izaći iz doma zdravlja, a tada će to tek biti nemoguće. 3. Isto tako predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi

na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi?! Usporedba rada LOM u domovima zdravlja i privatnih zdravstvenih djelatnika vrlo lako se može usporediti preko CEZIH-a odnosno podacima o radu koje LOM redovito šalju HZZO-u. Tu se može usporediti i kvaliteta rada LOM. 4. Ukidanje "kažnjavanja" specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos. Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnjuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona" Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnjuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Studentima medicine nakon fakulteta rijetko se odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini, ona nije atraktivna prvenstveno radi otežanog napredovanja. Broj specijalizanata je manji za 26%. Izmjena ove odredbe potpuno onemogućava njihov rad u privatnoj praksi, odnosno zadržava ih u domovima zdravlja što dovodi do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže, odnosno broj LOM u domovima zdravlja se povećava a nitko ne govori o ekonomskoj isplativosti tako velikih mastodonta od domova zdravlja. Drugo pitanje je samostalan rad LOM nakon završenog dodiplomskog usavršavanja. 5. Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati

zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.“

Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. Primjerice, redoviti profesor u naslovnom zvanju dvadesetak i više godina iz godine u godinu potpisuje ugovor o radu s visokim učilištem, i ništa od prihoda mu ne može ići u mirovinsko osiguranje jer mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem. Smatramo bitnim da MIZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava uskladi zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno sprječavaju zaposlenje privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima, unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.

6. Komentar na članak 1. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5., a koji glasi: “Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“ Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena, a koja čl.64 točka 1. glasi : "Zdravstveni radnici privatne prakse obvezni su: 1. pružati hitnu medicinsku pomoć svim osobama u okviru svoje kvalifikacije stečene obrazovanjem...." Obrazloženje: Osim što je ta predmetna odluka suvišna napisana je nejasno općeniti i apstraktno te ostavlja niz otvorenih pitanja i ostaje otvorena mogućnost pozivanja LOM na rad u Hitnoj službi ili na OHBP. Navađamo samo neka nerazjašnjena pitanja: • Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Je li to MIZ, Zavod za hitnu medicinu ili Dom zdravlja? • Nejasno je i koje su to “iznimne situacije” i čime su definirane?? • Nije definirano što znači „izvan radnog mjesta“. Je li to ulica ispred ordinacije ili je to rad u objedinjenom hitnom prijemu bolnice (OHBP). • Nije definirano ni kada bi se takav posao trebao obavljati, u radno vrijeme ili izvan radnog vremena. Ako je unutar radnog vremena tko će za vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći

„izvan radnog mjesta“ biti zadužen za radno mjesto koje LOM napušta, ili tko će biti pravno odgovoran ako se pacijentu u ordinaciji nešto dogodi dok je liječnik odsutan radi pružanja hitne medicinske pomoći „izvan radnog mjesta“? Ako je to „izvan radnog vremena“ koliko sati rada liječnik obiteljske medicine mora raditi tjedno ??? Kako će to biti regulirano? Ne bi to bilo sve neizvedivo kada bi se riješilo niz drugih problema koje taj članak za sobom povlači primjerice.. • Koji je stvarni djelokrug rada LOM? Da li MIZ racionalno koristi visoko kvalificiranu radnu snagu liječnika za sve poslove koje LOM danas obavlja i koje mu se stavljaju kao obaveza, nevezano što nisu djelokrug rada OM? • Koje je stvarno njegovo radno vrijeme, ili koliko sati dnevno i tjedno LOM ima pravo na odmor? Ne krši li se tako odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora? • Tko mijenja LOM za vrijeme njegovog rada u Hitnoj službi ili OHBP? • Koliko opterećenje se može staviti na LOM, a da njegov posao zadrži kvalitetu, a da ne spominjemo poboljšanje kvalitete rada, koja je već sada narušena? • Ako je dodiplomska nastava LOM dovoljna za posao u Hitnoj službi i OHBP dovoljna što je s LOM koji već rade 20, 30, 40 godina u OM u kojoj hitni slučajevi nisu tako česti, izašli su iz prakse. Ne treba li razmišljati i o njihovoj kvaliteti rada, pa radi se o po život opasnim situacijama. U OHBP ima starija služba, ali u Hitnoj službi je LOM sam. 7. Izjednačavanje obiteljske medicine sa drugim strukama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti Članak 47. st 1. „Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 1. ima odgovarajuće obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a za specijalističke ordinacije i odgovarajuću specijalizaciju“ Predložimo izmjenu stavka 1 članka 47 kako slijedi: 1. ima odgovarajuće obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a za ordinacije obiteljske medicine, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite djece predškolske dobi i medicine rada i športa i odgovarajuću specijalizaciju kao i za privatnu ordinaciju specijalističko konzilijarne djelatnosti Obrazloženje: Za druge struke u primarnoj zdravstvenoj zaštiti potrebna je odgovarajuća specijalizacija (pedijatrija, ginekologija, medicina rada i športa), a ordinaciju obiteljske medicine može voditi diplomirani liječnik bez specijalizacije. Kako je obiteljska medicina zasebna medicinska specijalnost to je za voditelja ordinacije obiteljske medicine nužno da ima odgovarajuću izobrazbu odnosno završenu specijalizaciju obiteljske medicine. Podsjećamo da je specijalizacija opće/obiteljske medicine započela upravo u Hrvatskoj 1960 godine kao prva u svijetu. U zemljama Europske unije obavezno je dodatno obrazovanje diplomiranih liječnika za nositelja prakse obiteljske medicine, a Hrvatska je 2013. godine preuzela obvezu da će nositelji prakse morati imati završenu specijalizaciju obiteljske medicine. U ime Društva nastavnika opće / obiteljske medicine (DNOOM) Prof. dr. sc. prim. Biserka Bergman Marković *Komentar unos Vanja Lazić, dr.med. poslovni tajnik DNOOM

ANTONELA ŠPILJAR
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

220	<p>Ena Ćurić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Apsolutno se ne slažem sa stavkom gdje je obiteljski liječnik dužan obavljati hitne kućne posjete i po potrebi raditi u OHBP! Uz sav posao koji nam je nametnut, umjesto da nam se uvede dodatni administrator u ordinacije, nas se još više opterećuje poslom na koji dobrovoljno nismo pristali. Rad u hitnoj bi trebao biti dobrovoljan! Djelatnici hitne su educirani za posao koji obavljaju! I ovako postoji izvjestan manjak obiteljskih liječnika na području RH, ovom reformom samo tjerate mlade ljude iz primarne zdravstvene zaštite, a čini mi se i iz RH. Ovako nešto je nedopustivo! Svakodnevno većina nas obradi između 100- 200 pacijenata u ordinaciji, svaki dan dočeka nas 50 tak mailova, tu su pozivi, naručeni pregledi, ne naručeni pregledi, ispisivanje potvrda, minimalno jednom mjesečno očitovanja prema HZZO-u, obrade za invalidske komisije i uz sve to nam još hoćete u opis posla staviti i izlazak na teren i rješavanje hitnoća?! Umjesto da radite na tome da vaši liječnici a i pacijenti budu zadovoljniji, tjerate nas sve skupa u propast.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
221	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Poštovani, ukoliko sporni elementi ovog Zakona budu usvojeni, ne da ćete naštetiti cjelokupnom hrvatskom društvu, nego se generacije i generacije neće moći od ovoga oporaviti, odljev će biti sve veći, a i one nešto neodlučnije ćete "potjerati". Ja osobno bih radila bilo što samo da nema veze sa zdravstvom! A to ću i ostvariti!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
222	<p>Lovro Jančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina,

isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

223 **Dorotea Jelić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno

educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

224 **ANTEA ZRNČIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

225

David Rumora
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za

samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

226 **Antonia Precali**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom

specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ.

c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

227	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Nakon čitanja ovog nacrtu nalazim da ponovo nije definirano što je to "grupna praksa" na razini PZZ. Da li je to neki oblik pravnog subjekta? Kojo je odnos takve grupne prakse prema ostalim dijelovima zdravstvenog sustava? Ovo je nužno definirati jer bi se timo omogućilo zapošljavanje dodatnih tehničara i/ili administratora koji bi bili zaposlenici grupne prakse a ne pojedine privatne ordinacije. Objektivno imamo potrebu za dodatnim tehničarem ali u većini slučajeva ne za "cijelog djelatnika" po ordinaciji. Dvije-tri ordinacije bi mogle uposliti jednog ili dva dodatna djelatnika koji bi bili plaćen razmjerno (ili na drugi način ako se to tako ugovori) ali ne bi punom plaćom opteretili jednu ordinaciju - što se čini finacijski povoljnijim riješenjem kako za sve sudionike grupne prakse tako i za HZZO kao finaicijskog partnera. Grupna praksa bi mogla zaposliti i VMS u svrhu patronažne službe. Unutar grupne prakse bi se mogli pokriti izostanci bilo dodatnim radom bilo zapošljavanjem dodatnog liječnika ili tehničara. U slučaju da je pritisak pacijenata (broj pacijenata u jednom danu) velik na jednu ordinaciju dio pregleda/administracije bi mogli odraditi drugi članovi grupne prakse. Sukladno ovom što sam opisao najpogodnija definicija grupne prakse je - poliklinika. Na zakonodavcu je da to omogući izmjenama ovog zakona.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
228	<p>Vera Orbanic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet

zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

229 **UNA TOLIĆ KALANJ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu

pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

230 **Jasna Vučak**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Zdravstvo se reformira godinama a svaki novi ministar najveće "reformatorske" zahvate radi u PZZ s uvijek istim ciljem osnaživanja PZZ. E pa PZZ nikada nije bila u lošijem položaju nego je to sada nakon reformi. Stoga nešto ne valja a to je ne uvažavanje struke i njenih predstavnika. Jačanje PZZ je postala floskula kojom se pokušavaju pokriti svi dosadašnji neuspjeli pokušaji predlagača zakona i reforme. Rješavanje 80% problema je postalo mantra , koja se na žalost nikada neće ostvariti uz postojeći broj liječnika u PZZ (na 1 liječnika u PZZ dolazi 4,5 bolnička liječnika). Dosadašnje reforme su polagano uništavale PZZ/obiteljsku medicinu namećući joj/liječnicima sve više obaveza koje ranije nisu imali : posebna dežurstva subotom, nedjeljom, blagdanima, provođenje neobaveznih cijepljenja, administriranje za potrebe osiguravatelja (putni nalozi, ortopedska pomagala, njege u kući) a sada se zabija zadnji čavao u obiteljsku medicinu dodajući još novih zaduženja PZZ (OHBP, pomoć HM) i pretakanje poslova drugih specijalnosti na PZZ (cijepljenje, ispunjavanje brojnih izvješća a svi podaci o radu se svakodnevno vidljivi na CEZIH-u), uvođenje strogih kazni i dekreta po kojim bi novi liječnici bili obvezni 1 godinu raditi u PZZ. Sjedinjene američke države se okreću otvaranju obiteljskih centara jer je postalo jasno da mora postojati

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

stepenica trijaže i osiguravanja da se nepotrebne pretrage i zahvati ne rade obzirom da je zdravstvo svakim danom sve skuplje i sredstva se trebaju maksimalno racionalizirati. Ako predlagač vjerojatno u ime naroda misli da će na taj način širom otvoriti vrata radu privatnih poliklinika onda je u tome sigurno uspio samo je onda pitanje principa solidarnosti potpuno ukinuto. Prijedlozi: 1. motivirati mlade liječnike boljim uvjetima rada, rješavanjem ekonomskog statusa, izjednačavanjem koeficijenta sa drugim specijalnostima, uključivanje lokalne zajednice u omogućavanje boljih uvjeta rada i života jer je to jedini način da liječnici ostanu raditi u RH (zadnje na mailing listi je ponuda iz Slovenije rad za 3500EUR uz osiguran stan a takvih ponuda je svakim danom sve više jer su sve zemlje u istom problemu - nedostatku liječničkog kadra 2. omogućiti slobodu izbora rad u DZ ili kao privatnik i svakako preformulirati ulogu DZ u dijagnostičke centre ali ne na način da se dovode bolnički liječnici koji nemaju na čemu raditi pa će se to svesti na usmjeravanje na daljnju obradu, nego omogućavanjem postojećem/novom kadru da se specijalizira za određenu dijagnostičku-terapijsku uslugu koja bi naravno bila predmetom posebnog ugovora (UZV, psihoterapija, i sl.) 2.uvesti košaricu usluga sa definiranim vremenskim normativima (3-5 min po osiguraniku sigurno nije dovoljno ni iskusnim liječnicima a kamoli početnicima) 3. smanjiti broj osiguranika po timu 4. smanjiti opseg nametnutih administrativnih poslova (naručivanje pacijenta treba raditi onaj tko je indicirao pregled ili pretragu, za ispisivanje recepata lijekova koji imaju klauzulu zadužiti liječnike koji su ih preporučili, bez obzira jesu li u PZZ ili u drugim dijelovima sustava 5.pojačati zdravstvenu pismenost stanovništva - zakonsko reguliranje odgovornosti pacijenata. Jedan od načina bi bio da se za svako neopravdano korištenje OHBP , nevezano da li je to iz neznanja ili komoditeta, pacijentu pošalje račun za uslugu s mogućnošću obavljanja odgovarajuće edukacije pri čemu bi mu se storniralo zaduženje. Ako vam se to čini preradikalno i gubljenje birača kad se uruši obiteljska /a hoće ovim zamislima iznesenim u prijedlogu reforme/ birači će tek onda postati nezadovoljni

231 **Davorka Došen Mrak**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Primarna zdravstvena zaštita , posebice obiteljska je odavno devastirana i kao član Kohoma, svjedočim da KOhom godinama upozorava na dalju devastaciju . Mladim liječnicima koje se prisiljava raditi u pzz godinu dana neće se riješiti postojeći problem jer je obiteljska jako opsežna a s vremenom se stiču dodatna znanja i vještine, pogotovo uz niz administrativnih obaveza mladost dodatno odbija od obiteljske koja je preopterećena.

232 **Bruno Romstein**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

233	<p>Ljubica Pavelin NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Dugi niz godina radim u OM i spadam među onih 33% liječnika OM sa 60+ godina . Posljednjih 30-tak godina doživjela sam brojne reforme ZZ koje su uvijek započinjale reformom PZZ (i na tome i završavale). Ovom najavljenom reformom ponovo se teži "jačanju - osnaživanju " PZZ , što god to značilo. Ne nalazim niti jednu odredbu kojom bi se riješili brojni nagomilani problemi u OM (na koje vas upozoravamo već duže vrijeme) već nametanje novih obaveza i zadataka te prijetnje sankcijama i kaznama. Gospodo draga , bojim se da za koju godinu više nećete imati koga kažnjavati ! Ako vam je u istinu stalo do jake i snažne PZZ koja će biti u mogućnosti rješavati do 80% zdr. problematike ,u ostalom kako je to uobičajeno u ostalim EU državama, koje su odavno prepoznale važnost i vrijednost OM kao najjeftinijeg oblika zdr. zaštite , poslušajte i uvažite prijedloge ljudi iz prakse ,koji žive tu OM. Predlažem : 1.Ne slažem se s obavezom uvođenja jednogodišnjeg staža nakon završenog fakulteta u PZZ OM je zasebna grana medicine sa svim svojim kompetencijama i neophodnim specijalističkim usavršavanjem da bi se zadovoljile sve potrebe naših pacijenata : preventivni pregledi , provođenje probira i rano otkrivanje kron.nezaraznih bolesti , malignih bolesti , vođenje pacijenta sa brojnim komorbiditetima i polipragmazijom. Mlade kolege koje dolaze direktno sa fakulteta jednostavno nisu dorasle tom poslu . Oni bi trebali poslužiti za krpanje rupa kadrovski devastirane OM, što predstavlja opasnost , ne samo za njih nego i za pacijenta. 2.Predlažem smanjenje broja osiguranika po timu ali tražimo još jednu medicinsku sestru u timu liječnika OM za skrb o kr. bolesnicima. 3.Administrativno rasteretiti timove PZZ , uvesti košaricu usluga 4.Hitno definirati smjernice za dijagnostiku i liječenje najčešćih bolesti 5.Kontrola ishoda liječenja uz definiranje načina kontrole i praćenja ali tek kada se osiguraju uvjeti za kvalitetan rad 6.Uvesti transparentne uvjete s elementima stimulacije/edukacija, rješavanje stambenog pitanja, novčana stimulacija / za privlačenje doktora u ruralna područja 7.Treba hitno uvesti nacionalno raspisivanje i financiranje PZZ specijalizacija , pod istim uvjetima za zdr.ustanove i privatne zdr.ustanove u ugovornom odnosu s HZZOom 8.Predlažem da se poveća razlika u koeficijentima između LOMa i SOMa / glavarini , cijeni DTP postupaka / što bi bio dodatni stimulans spec. usavršavanju i ostanku u PZZ 9.Omogućiti slobodan izbor rada u DZ ili privatno , prednost u odobravanju privatne prakse treba imati specijalist OM ili dr koji je započeo spec. usavršavanje. Ukoliko postoji nedostatak specijalista OM za rad u ruralnim područjima , definirati stimulativne mjere na nacionalnoj i lokalnoj razini uz obavezu spec.usavršavanja. 10.Pojačati zdr.odgoj i zdr.pismenost stanovništva 11.Osnovati neovisno tijelo i pregovarati s osiguravajućim kućama (a ne monopol HZZOa) o cijeni i uvjetima rada</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
234	<p>Iva Kustić</p>	<p>Primljeno na znanje</p>

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar

Primljeno na znanje.

znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

235

MATEJ BERKOVIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene

tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ.

c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

236	<p>Aleksandar Ljubotina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Specijalistima obiteljske medicine valja dati zakonske ingerencije općih internista, podobno u propisivanju lijekova za koje je ivjetovano slanje bolničkim specijalistima, s iznimom skupe biološke i slične terapije..</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
237	<p>Aleksandar Ljubotina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Predloženi ZOZZ je rekvijem za specijalizaciju obiteljske meicine. Odbit će sve mlade koji bi se htjeli baviti obiteljskom medicinom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
238	<p>Ivan Đuran NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a

među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

<p>239</p>	<p>Ivana Kujundžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Hrvatsko logopedsko društvo, Podružnica SDŽ predlaže dodatne dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Članak 46. Nadopuna članka 46, stavak 3. čime bi se omogućio samostalan rad magistara logopedije. Trenutno zakonsko rješenje to onemogućava stvarajući tako značajne nejasnoće i otežava sve segmente rada logopeda. Logopedija ima svoju šifru djelatnosti (2230000), ugovara se na svim razinama zdravstvene zaštite, a izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti 2020. god. omogućeno je otvaranja logopedске ambulante na razini PZZ. Navedene dopune nužne su u cilju reguliranja rada logopeda u privatnoj praksi i korak bliže konačnom reguliranju logopedске djelatnosti u cilju zaštite prava pacijenta. Prijedlog stavka: - U stavku tri nakon „medicinsko biokemijske laboratorije“ dodati, privatnu praksu magistara logopedije. Članak 48. Prijedlog nadopune: dodati iza doktora medicine i doktora dentalne medicine – magistar logopedije Nadopuna Članka 177, stavaka 9. nužna je kako bi se omogućila kontrola nad inozemnim stručnim kvalifikacijama magistara logopedije. Logopedija je regulirana djelatnost u EU, a zakonodavni nedostatci u RH omogućavaju prostor za lošu praksu i nemogućnost kontrole tko i pod kojim uvjetima pruža logopedsku dijagnostiku i terapiju. Navedena izmjena potrebna je kako bi se premostio zakonodavni jaz do donošenja Zakona o logopedskoj djelatnosti. Članak 177, stavak 9. Nadopuna: Isto se primjenjuje i na priznavanje inozemne stručne kvalifikacije magistara logopedije. Predlaže se donošenje Zakona o logopedskoj djelatnosti kroz zakonodavne aktivnosti Ministarstva zdravstva u 2023.god., a u skladu s tim i dopuna članka 239. Članak 239. Nadopuna članka : iza Hrvatske komore zdravstvenih radnika dodati Hrvatska logopedska komora. U prijelaznim i završnim odredbama dodati: Ministar će u šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti Odluku o osnivanju Hrvatske logopedске komore. Uvažavanjem predloženih promjena Zakona omogućit će se nastavak pozitivnih promjena i konačno usklađivanje hrvatske sa svjetskom i europskom logopedskom praksom. Hrvatska logopedija je među prvih pet u EU, a stalnim šikaniranjem Ministarstva zdravstva jedna smo od rijetkih koja još uvijek nema svoj status zakonski reguliran! Nadamo se da ćete naše prijedloge razmotriti i uvažiti. S poštovanjem, HLD - Podružnica splitsko-dalmatinske županije</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>240</p>	<p>Ana Rosandić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „, a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza

studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve dok se ne nameće kao obaveza.

241 **ERIC KOVAČINA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim

liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve dok se ne nameće kao obveza.

242

**LEONARDO NOGIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI**

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim

liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

243 **Dino Žujić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim

nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

244 Erika Klopotan

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji

pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

245 **Robert Kranjčec**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine

već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ.

246

Ivan Vučković
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim

nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

247 **Marko Vujanović-Kotaršćak**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji

pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

248 **Nika Špoljar**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine

već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

249 LEA ŽUPAN

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

250 **SARA ŽIGER**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.

Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

251

NERMINA KAMARIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi

se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

252 **MIHAELA JAMIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

ZAŠTITI

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti

relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

253	<p>Lucija Karaman NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao studentica šeste godine medicinskog fakulteta, protiv sam ovog zakona. Na ovaj način jedino što će se dogoditi je da će zbog prisiljavanja na rad u PZZ sve više mladih liječnika odlaziti u inozemstvo. Mlade liječnike se treba poticati kroz nagrade, a ne kazne. Osobno, ukoliko se ovaj zakon donese, nakon što odradim godinu dana rada u PZZ, selim se u inozemstvo. Zbilja želim ostati u Hrvatskoj, ali ne pod ovakvim uvjetima da me netko uvjetuje i kažnjava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
254	<p>LIDIJA PRLIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao djelatnik u sustavu zdravstva, mišljenja sam da su niz prijedloga možda dobro zamišljeni, ali organizacijski neprovedivi u sadašnjim uvjetima. Nigdje ne vidim da je definirana organizacijska promjena strukture koja bi upućivala na ozbiljnost namjere. Puno se piše o jačanju PZZ, zadnjih godina toliko se iscrpljuje postojeći sustav da iz svog iskustva, mogu reći, da sam pri kolapsu snaga, nameće se sve više obaveza koje mahom ne ulaze u djelokrug rada specijaliste obiteljske medicine, nego se radi o običnim administrativnim zadacima. To je zaista šteta, jer je sve više znanja i iskustva upravo u redovima specijalista obiteljske medicine. Da postoje organizacijski preduvjeti, sadašnja razina znanja, dopustila u velikom broju ordinacija, puno kvalitetniju skrb i rasterećenje sekundarne ZZ. Niz nepotrebnih tereta kao što su organizirana cijepljenja i kampanje, - uključujući odlazak, transport cjepiva...jako loša iskustva i nepotrebno opterećenje. Nadalje, vođenje bolovanja za pedijatrijska i stom. bolovanja, prekomjerni broj nepotrebnih dolazaka, stalna represivna orijentacija ugovorne strane HZZO uz nedefinirane kriterije za masu obaveza i prava pacijenata- bolovanja, putni nalozi.... edukacija, gušenje sustava nemogućmošću zamjena za vrijeme godišnjih odmora, godinama radimo jedni za druge, što postaje nemoguće zbog frekvencije odrađenog... Na kraju, mislim da je svakako važno naglasiti regulacija i izjednačavanje koeficijenata na svim razinama ZZ jer u ovim uvjetima se radi o diskriminaciji obiteljskih liječnika. Svakako naglašavam stimulaciju umjesto represije, partnerski odnos na dobrobit osiguranika, stimulacija znanja i kvalitete, jasnije definiranje i zajednički stručni stav u primjeni propisivanja lijekova, ortop. pomagala....- bolju komunikaciju, dijalog svih strana, prije represije- koja je u zadnje vrijeme, prva i jedina aktivnost zakonodavnog partnera. Lidija Prlić</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

255	<p>Morena Butković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Obaveze i sankcije. Nema stimulativnih i poticajnih elemenata, nema nade da će se situacija promijeniti u skoroj budućnosti. Hvala politici na daljnjoj devastaciji zdravstvenog sustava i vjetru u leđa za odlaskom iz hrvatskog zdravstvenog sustava. Vjerojatno znate ali ne marite da je zadovoljni zdravstveni djelatnik preduvjet uspješnog zdravstvenog sustava. Vjerojatno znate ali ne marite da je obiteljska medicina temelj uspješnog zdravstvenog sustava, vi ju planirate "ojačati" dovođenjem bolničkih kolega u DZ-e? I što ćete time dobiti? Novo nezadovoljstvo preopterećenih zdravstvenih djelatnika i nezadovoljne pacijente koji žele vrijeme koje će im biti posvećeno tijekom konzultacije. Vrijeme! Štancanjem sve većeg broja pregleda, kako mislite vratiti kvalitetu zdravstvene usluge? Vjerojatno znate ali ne marite da se bolovanje može kontrolirati jedino kontrolom pacijenata u njihovim kućama ne financijskim kažnjavanjem liječnika i kontrolom u ordinacijama! Zašto ne naučite iz prakse EU država? Planirate li provesti anketu o zadovoljstvu zdravstvenih djelatnika? Planirate li potom poslušati savjete struke? Planirate li postići politički konsensus za stvarnu reformu? Propišite kadrovske i vremenske normative, definirajte smjernice za dijagnostiku i terapiju, odredite osnovnu košaricu usluga, uvedite konkurenciju HZZO-u te povećajte plaće zdravstvenim djelatnicima koje će biti konkurentne sa onima u EU i konačno pokrenite Reformu. Jer ova to nije. Do tada usvojite KoHOMO-ove prijedloge koje u potpunosti podržavam.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
256	<p>Tomislava Zuvela Grizun NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Smatram da je obavezan rad u PZZ godinu dana po završetku studija medicine loša ideja i da time onemogućavamo mlade doktore da se pravovremeno usmjere prema željenom području medicine kroz specijalizaciju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
257	<p>Mirjana Petrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Ovom izmjenom pokušava se mladim liječnicima nametnuti prisilni rad tijekom godine dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (pzz). Ideja koju ja vidim iza toga je očajnički pokušaj zadržavanja radne snage u RH koji je u potpunosti kontraproduktivan te sam sigurna da će rezultirati potpuno suprotnim.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
258	<p>IGOR PERIŠA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Rad u hitnoj službi trebao bi biti dobrovoljan, a ne da ga se nameće zakonom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

259	<p>KATARINA ČRNE BROZOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U dosadašnjim istupima Ministra vidljivo je da se najviše spominje "jačanje PZZ" - u kontekstu novih radnih obveza Istovremeno, nema niti jednog jedinog stimulativnog elementa: nema rasterećenja od administracije, nema trećeg člana tima, nema smanjenja broja osiguranika po timu, garantirane i osigurane specijalizacije, opreme, trajne edukacije, većih primanja. S druge strane ima rada u HMP, u svim novim radilištima koje poželi organizirati bilo koje tijelo uprave, nema mogućnosti privatizacije niti uvođenja reda u sustav/visinu zakupa i režija te slobodne promjene mjesta ordinacije. U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju navode se brojne obveze i novčane kazne, primjerice ako "neopravdano" otvorimo bolovanje, ako ga predugo vodimo, ako ga neopravdano zatvorimo (u strahu od kazne), ako pretjerano pružamo usluge (njege, putne naloge, lijekove), ako neopravdano ne pružamo usluge... Ne vidim na vidiku ikakvu motivaciju da, u nedostatku obiteljskih liječnika, netko posegne za specijalizacijom obiteljske medicine...i sama bih jako dobro razmislila da li bih ponovno krenula tim putem, ali na žalost sada nemam izbora.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
260	<p>Lenče Kramar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Prilagoditi nastanate troškove života sa hladnim pogona izjednačiti koeficijentena svim razinama zdrastvene zaštite smanjiti administraciju,a usmjeriti se na zdrastvene probleme, vođenje bolovanja po pedijatru ,stomatologu i ginekologu bolovanje duža od 42 dana -liječničko povjerenstvu kažnavanje u svezi bolovanja ,ne odgovaranje na mail poštom,potrošnja lijekova,i sve druge kazne nema osnove -potrebno dobro proučiti zašto se to događa i koje faktore su doprinjeli do toga, jednogodišnjeg rada završenih liječnika u primarnoj pod dekretom nije dobra zamisla i nije praktična administrator smanjiti normativ broja pacijenta stimulirati liječnika (novčano,stanbeno pitanje,edukacija) Ne slažem se sa zakonom o zdrastvenom radniku privatnoj praksi u mrežama zdrastvene zaštite koji će biti obvezni da na poziv nadležnog doma zdravja sudjeluje u radu posebnih ambulanta ili hitna stanja i to uz pretnju novčane kazne,to nije prihvatljivo opterećenje sa cijepljenjem ,preventivnim pregledima,sistematskim pregledima Sve u svemu neprilagodljiva reforma</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

261	<p>branka kobzi NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Obiteljski sam liječnik 38 godina..puno a nikada teže..puno i previše administracije što nam oduzima vrijeme za naše pac..treba nam administrator kao tjelesna osoba u timu.Prevenција,savjetovaništa za svekr.boleti,rizična ponaša ja..pušenje..alkohol..Ono što samočila u novom primexologu rscorme je rad u hitnoj službi..pa se pitam kako je to zamišljeno, jer mi imamo svone pac.uvl.naručene na pregled,kontrolu,brdo spec.nalaza..otpusnih pisama..kućnih dogovorenih posjeta..</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
262	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Ukoliko se želi spriječiti daljnje uništavanje PZZ nužno je motivirati mlade ljeknike boljim uvjetima rada, rješavanjem ekonomskog statusa, izjednačavanjem koeficijenta sa drugim specijalnostima; omogućiti slobodu izbora rada u DZ ili kao privatnik; smanjiti broj osiguranika po timu; uvesti košaricu usluga; definirati vremenske normative i time omogućiti pacijentu kvalitetno vrijeme provedeno s liječnikom (time ujedno postići manji pritisak pacijenata na OHBP i SZZ); smanjiti opseg administrativnih poslova (naručivanje odmah u bolnicama za preporučene preglede/pretrage, putne naloge i pomagala prebaciti na administratore HZZOa, pridržavanje klauzula kod preporučivanja lijekova od strane liječnika SZZ) ili omogućiti administratora/ treću osobu u timu, pojačati zdravstvenu pismenost stanovništva</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

263

sanjascarpa-bugarić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Zdravstvo se reformira godinama a svaki novi ministar započinje s reformom od početka. Svima je jasno da je to složen proces koji zahtjeva opsežnu analizu i detaljan plan, ali rezultata još uvijek nema .Ono što je zanimljivo (da ne kažemo apsurdno) da se UVIJEK predlažu reforme PZZ s ciljem jačanja, a u skoro vrijeme ,ako se ne počnu uvažavati prijedlozi izvršitelja (liječnika koji rade u PZZ), će PZZ potpuno nestati Jačanje PZZ je postala floskula kojom se pokušavaju pokriti svi dosadašnji neuspjeli pokušaji predlagača zakona i reforme. Rješavanje 80% problema je postalo mantra , koja se na žalost nikada neće ostvariti uz postojeći broj liječnika u PZZ (na 1 liječnika u PZZ dolazi 4,5 bolnička liječnika). Jačanje se svelo na uvođenje dodatnih obveza i radlišta na kojima bi trebali raditi liječnici iz PZZ (OHBP, pomoć HM) i pretakanje poslova drugih specijalnosti na PZZ (cijepljenje, ispunjavanje brojnih izvješća a svi podaci o radu se svakodnevno vidljivi na CEZIH-u), uvođenje strogih kazni i dekreta po kojim bi novi liječnici bili obvezni 1 godinu raditi u PZZ. Prijedlozi: 1. motivirati mlade liječnike boljim uvjetima rada, rješavanjem ekonomskog statusa, izjednačavanjem koeficijenta sa drugim specijalnostima 2. omogućiti slobodu izbora rad u DZ ili kao privatnik 2.uvesti košaricu usluga sa definiranim vremenskim normativima (3-5 min po osiguraniku sigurno nije dovoljno ni iskusnim liječnicima a kamoli početnicima) 3. smanjiti broj osiguranika po timu 4. smanjiti opseg nametnutih administrativnih poslova (naručivanje pacijenta treba raditi onaj tko je indicirao pregled ili pretragu, za ispisivanje recepata lijekova koji imaju klauzulu zadužiti liječnike koji su ih preporučili, bez obzira jesu li u PZZ ili u drugim dijelovima sustava 5.pojačati zdravstvenu pismenost stanovništva - zakonsko reguliranje odgovornosti pacijenata ne postoji ni u dosadašnjim a niti u sadašnjim prijedlozima, što je ogroman propust

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

S obzirom da je Ministarstvo zatražilo konstruktivnu kritiku, onda sa pravom kao jedini koji imaju uvid u prave probleme pacijenata, temeljene na znanstvenom istraživanju (<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-021-00714-3>) Iznosimo slijedeće: Mišljenja smo da postojeći prijedlog reforme od strane Ministarstva zdravstva nije primjeren modernoj medicini, a niti će pridonijeti rješavanju glavnih problema pacijenata. Stoga smatramo i predlažemo novi pristup zdravstvenom sustavu jer sama reforma nije dovoljna. Promjene treba ustrojiti i provesti na 3 razine: u odnosu na sustav, pacijente i zdravstvene djelatnike. U odnosu na sustav • Neophodno je riješiti liste čekanja! Potrebno je ostvariti refundaciju troškova pacijentu za usluge obavljene u privatnim zdravstvenim ustanovama u iznosu koliko to košta u javnoj ustanovi. Na taj način se smanje liste čekanja, te spriječi sukob interesa liječnika koji rade privatno i javno. • Informatizacija Narudžbe pacijenata putem sustava e-građanin (pacijent sam bira, mjesto, datum, vrijeme) • Pravno na inovacije Omogućavanje potpune zdravstvene zaštite u drugim zemljama EU • Javna nabava koja jamči uštedu Sve ustanove moraju imati javnu nabavu po istim pravilima i transparentnosti • Spajanje zdravstvenih ustanova Prevelik broj bolnica (Svi rade sve , a bez praćenja kvalitete i ishoda“ • Promjena načina izdvajanja za zdravstvo (osiguranici sa izdavanjem 16,5 % što nije mali novac, ne mogu ostvariti svoja prava) U odnosu na pacijente: Neophodno je donošenje zakona o pravima i obavezama pacijenata! (Izostavljen u nacrtu prijedloga Ministarstva) • Obavezno provođenje edukacije za zdravstvene djelatnike u svim javnim ustanovama • Dostupnost liječnika pacijentima- obavezan email za konzultacije • Uključivanje pacijenata u zajedničko donošenje odluka o liječenju • Razvijene komunikacijske vještine između pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenata • Poticanje odgovornog ponašanja pacijenata • Svaka zdravstvena ustanova mora imati „medijatora“ osobu kojoj pacijenti mogu uputi pritužbe • Evaluacija liječenja (ispunjavanje anketnog upitnika zadovoljstva pacijenata) po čemu se kreira zdravstvena politika U odnosu na zdravstvene djelatnike • Omogućen rad zdravstvenim djelatnicima privatno i javno • Elektronska evidencija rada u javnom sustavu • Sustav nagrađivanja najboljih medicinskih praksi te sustav sankcija za nesavjesno liječenje • Omogućavanje napredovanja po kompetencijama Zaključno, s obzirom da pacijent nema mogućnost nadoplatiti dodatne usluge, npr. Ako na porodu želi baš određenog specijalista, treba omogućiti da se kroz sustav to može nadoplatiti, ako toga nema otvara se put korupciji i plćanju na crno. Treba omogućiti sve nadoplate po željama pacijenata, a mogućnosti zdravstvene ustanove.

265	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Čitajući izmjene ZOZZ liječnici neće biti motivirani ostati u našoj državi, bili oni početnici ili su već u ovom sustavu koji vodi svome kraju ovakvom devastacijom. U današnje vrijeme liječnici PZZ će biti prisiljeni uskakati u HMP, OHBP, raditi posao epidemiologa, policajaca oduzimanjem vozačke dozvole i tko zna čega još ako se ovakvo delegiranje tuđih poslova nastavi. Dajte slobodu mladim liječnicima kako žele raditi nakon fakulteta (uz nadzor, samostalno ili odmah ići na specijalizaciju), dopustite liječnicima u PZZ da odaberu hoće li biti privatne ordinacije ili pri Domu zdravlja, smanjite timove do maksimalno 1500 pacijenata jer sve preko tog broja je iscrpljujuće za svakog liječnika ako se adekvatno želi posvetiti svakom pacijentu, a ne da za njega ima možda 3 minute. Slušajte struku, a nemojte politički raditi protiv nas!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

266

Vesna Potočki-Rukavina**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Komentar na odredbu o obaveznom radu svih diplomiranih liječnika godinu dana po završetku studija medicine u PZZ smatram izuzetno opasnom i dodatnom devastacijom obiteljske medicine. Naši mladi kolege, bez dana iskustva u tom vrlo zahtjevnom i kompleksnom radu u ambulantama obiteljske medicije gdje se susreću s bolesnicima s multikomorbiditetom zbog neiskustva teško mogu savladati. Voditi takve pacijente kroz toliko kompliciran, kompleksan i nažalost devastiran sustav jednostavno je velika opasnost i za pacijenta i za tog mladog liječnika. Puno bolje rješenje je ponuditi mladim liječnicima specijalizaciju koja je neophodna za rad u obiteljskoj medicini, dobre uvjete za rad, u što spada dobra opremljenost ambulanti, kontinuiranu edukaciju i naravno primjerenu plaću njegovom obrazovanju. DEKRETIMA NIKAKO NIJE MJESTO U 21 STOLJEĆU. Evropa i svijet otvoreni su za te mlade ljude i nude znatno više i bolje, Nemojmo se zavaravati. Glede dodatnih radnih opterećenja obiteljskih liječnika u smislu rada u hitnoj medicini i na svim mogućim novim radilištima smatram da je nerealno u uvjetima kada se niti jednom riječju u reformi ne spominje niti jedno rasterećenje od hipertrofirane administracija i svega onog što u ambulantama obiteljske medicine nije mjesto. Hitno je potrebno riješiti kadrovsku devastaciju obiteljske medicine, a ne uvesti dodatne zakonske obaveze. Obiteljska medicina propada zahvaljujući neslušanju struke od strane više, manje svih zdravstvenih administracija, a ovo sada je potpuni korak u propast. Predlažem hitne mjere; administrativno rasterećenje, uvođenje trećeg člana tima (medicinsu sestr/tehničara), smanjenja broja osiguranika po timu (1500, standard), povećanje plaće, osiguranu specijalizaciju i mogućnost slobodnog izbora rada u DZ ili u privatnoj ugovornoj ordinaciji po jasnim kriterijima, a bez uplitanja politike. Isto tako predlažem da se dobna granica za umirovljenje pomakne na 68 godina za liječnike koje to žele, a radi osiguranja kontinuiteta zdravstvene zaštite dok mladi liječnici ne završe specijalizacije.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

267	<p>SARA VUJANIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Sramotno je što nam pokušavate nakalemiti na leđa. Idete popraviti štetu koju ste sustavno godinama nanosili primarnoj zdravstvenoj zaštiti na način da stavite studente koji su jučer završili onu famoznu "klinički orijentiranu 6. godinu". 6. godina bi se trebala reformirati i biti koncipirana kao staž. S razlogom postoji specijalizacija iz obiteljske medicine, ali ako po vama mogu svi taj posao obavljati, onda čemu bilo koja specijalizacija uopće postoji? Osim koncepta koji je izuzetno nepromišljen, najsramniji dio je navedena plaća. Pitam se bi li itko iz Ministarstva zdravstva pristao raditi za tu mizeriju. Apsolutno sam protiv staža i mogu vam iskreno reći da zbilja nisam ni planirala ni željela otići raditi van Hrvatske, ali sad mi je ta mogućnost izuzetno primamljiva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
268	<p>IVANA GRUBIŠA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Obiteljska medicina je devastirana. Mladi liječnici ne žele raditi u ordinacijama obiteljske medicine jer se ne žele baviti administracijom. Sramota je da nakon 6 godina medicinskog fakulteta brojim kilometre zbog putnih naloga. Za to trebaju biti zaduženi djelatnici HZZO-a, administratori, a ne ja. Uvođenjem novčanih kazni zbog bolovanja samo odvrćate liječnike od ove struke. Tko želi raditi, biti potplaćen i još iz svog džepa plaćati kazne? Više vremena provodim baveći se administracijom (čitanjem HZZO klauzula za lijekove, pisanjem brojnih potvrda, doznaka, baveći se bolovanjima, nego prevencijom i liječenjem i još zbog toga riskiram novčane kazne ako nešto napravim protivno suludim pravilima HZZO-a. Maknite administraciju od liječnika i pustite ih da se bave svojim poslom, a to su liječenje i prevencija. Pacijenti se mogu sami elektronski naručivati na pretrage i preglede, a ne da medicinska sestra veliki dio radnog vremena provodi tako da naručuje pacijente na pretrage i preglede. Isto tako pacijenti moraju biti odgovorni za svoje zdravlje jer ako nisu svi mi plaćamo tu neodgovornost. Opseg posla je sve veći, a nas je sve manje. Nameće nam se cijepljenje protiv covid-a, praćenje oboljelih, testiranje, cijepljenje, određivanje izolacija što je posao epidemiologa. Poslušajte struku što govori, uključite liječnike obiteljske medicine i prihvatite njihove prijedloge.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
269	<p>Anton Turić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Kao student medicine smatram da se treba bolje i kvalitetnije razraditi plan o pripravnštvu, a ne odmah poslati tek diplomirane doktore medicine na jednogodišnji rad u PZZ bez ikakvog mentorstva. Želimo učiti, a ne biti sluge sustava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

270	<p>Nevena Valić Marjanac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Lijecnik sam ob medicine skoro 30tak godina, a 9 u zakupu, i na selu i u gradu. U radu s pacijentom na osnovu kliničkog statusa tog dana i kontrola, procijena radne nesposobnosti je subjektivna i objektivna i ne smije se i ne može kažnjavati izabrani liječnik tako enormnim novčanim kaznama. U prijedlogu zakona treba uključiti i uvažiti onoga koji izravno učestvuje najvećim dijelom u pružanju zdravstvene zaštite na "prvoj crti"(članove KoHOMa, HUOM...). Podržavam prijedloge KoHOM-a.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
271	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Slijedom objavljenog predmetnog e-Savjetovanja i sukladno ovlastima iz čl. 6., 7. i 9. Zakona o pravobranitelju iznosimo opće komentare, kako slijedi: Dostupnost zdravstvene zaštite na otocima i ruralnim područjima Osobe s invaliditetom koje žive na otocima ili u ruralnim područjima ističu problem dostupnosti svih zdravstvenih usluga (liječnički pregledi, stomatološke usluge, ostvarivanja prava na fizikalnu terapiju i zdravstvenu njegu). Na primjer, ima slučajeva ukoliko osoba treba fizikalnu terapiju mora s otoka doći na kopno u veći grad, plaćati smještaj ili biti kod nekog sve vrijeme provođenja terapije što je zahtjevno i skupo. Kao razlog iz kojeg medicinsko osoblje nije sklono dolaziti na otok je vrijeme koje je potrebno da se do otoka dođe i nedovoljnom broju medicinskog osoblja koje bi za takav rad bilo raspoloživo uzimajući ukupni broj zaposlenih u pojedinoj ustanovi. Žene s otoka i ruralnijih područja, a posebice žene s invaliditetom upravo zbog prostorne udaljenosti niti ne provode redovite preventivne preglede. Zato smatramo potrebnim da se prilikom organizacije rada vodi računa i o zdravstvenim potrebama osoba koje žive na otocima i ruralnim područjima te da ima se osigura dostupna zdravstvena usluga. Sanitetski prijevoz Prema Prijedlogu djelatnost sanitetskog prijevoza obavlja Hrvatski zavod za hitnu medicinu. Ovim putem skrenuli bi pozornost na probleme s kojim su se susretale osobe s invaliditetom prilikom korištenja ove usluge i prije pandemije, a pogotovo za vrijeme pandemije. Osnovni problem je dugotrajnost čekanja na sanitetski prijevoz pogotovo u odnosu na odlazak iz zdravstvene ustanove nakon obavljenog pregleda, pretrage ili bolničkog otpusta . Uvažavajući izvanrednu situaciju izazvanu koronavirusom, opterećenost zdravstvenog sustava i osoblja, nedostatak vozila za sanitetski prijevoz, postupak trijaže pacijenata, potrebno je raditi na osnaživanu ove djelatnosti osiguravanjem potrebnog kadra i sredstava kako bi pacijent i njegove potrebe bile u prvom planu čime se postiže i svrhovitost liječenja. Ne treba posebno naglašavati kako sama dugotrajnost čekanja dodatno iscrpljuje pacijenta što se loše odražava na njegovo cjelokupno zdravstveno stanje. Iako se može smatrati kako su pacijenti koji se nalaze u bolnici zbrinutiji u odnosu na druge</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

pacijente potrebno je s druge strane uzeti u obzir i rizik koji nosi dugotrajna izloženost većem broju ljudi u bolnici (još uvijek mogućnost zaraze koronavirusom) ali i sam utjecaj čekanja na psihičko i fizičko zdravlje pacijenta. Isto tako potrebno je uzeti u obzir i činjenicu da pacijent u pravilu po nekoliko sati sam čeka prijevoz te je upitno koliko je pod nadzorom samog medicinskog osoblja kojeg nedostaje što je posebno otegotno ukoliko je pacijent teškog oštećenja zdravlja, ograničene mobilnosti i onemogućen u obavljanju primarnih ljudskih potreba. Unatrag nekoliko godina sa Nastavnim zavodom za hitnu medicinu Grada Zagreba održani su sastanci i pokazana je dobra volja za rješavanjem ovog problema, te ovim putem ponovno ukazujemo na potrebu za daljnjim radom na ovoj problematici kao bi sanitetski prijevoz na području cijele države bio pravovremen i dostupan. Zdravstveni turizam Uočavamo dugotrajnost čekanja na realizaciju priznatog prava na medicinsku rehabilitaciju kao i smanjivanje broja dana na priznatu medicinsku rehabilitaciju kod pojedinih dijagnoza (na primjer, multiple skleroze). Prilikom razvoja zdravstvenog turizma, potrebno je da se vodi računa i o zdravstvenim potrebama osoba koje na rehabilitaciju dolaze na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te daljnje razvijanje zdravstvenog turizma nikako ne smije ići na štetu tih osoba u smislu smanjivanja broja kreveta i duljine rehabilitacije.

272 **Ivana Maltašić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Sam ministar je na presici istaknuo kako je osnovni cilj ojačati primarnu zdravstvenu zaštitu. Ovim "hitnim" promjenama zakona dovodi se obiteljska medicina još bliže rubu propasta, broj obiteljskih liječnika stalno opada (kroz koju godinu bi sustav moglo napustiti gotovo 950 liječnika, a sigurno ih toliko neće doći raditi u OM) , specijalizacije se ne raspisuju, administracije je sve više, agresivnosti pacijenata u ordinacijama se povećava, nezadovoljni su i liječnici i pacijenti. Dnevno opterećenje se višestruko povećalo, nema košarice usluga, samo se spominju kazne, kažnjavanja liječnika za bolovanja, za propisivanje njege, lijekova.... Obiteljska medicina nikako nije popularna među studentima, rijetko tko želi u obiteljsku (oni koji i rade ordinacije nakon nekog vremena se ipak predomisle jer su godinama na zamjenama, leteći, bez mogućnosti specijalizacije pa i takvi odu dalje). Liste čekanja su sve duže i duže, za bolesti kod kojih je nužno započeti odmah liječenje se dijagnostika čeka po 6-12mj. Pacijenti su zakinuti za kvalitetno vrijeme provedeno sa liječnikom, mi u OM imamo prosječno 3 min po pacijentu- jel to dovoljno za liječiti DM, HA, za pregledat dijete, pružiti utjehu, otkriti na vrijeme neku od bolesti?? Jednako tako osnovne plaće liječnika u PZZ i SKZ nisu iste, potrebno je izjednačavanje koeficijenata na svim razinama. Ukinuti monopol HZZO., ukinuti svu nepotrebnu administraciju (zašto bi netko tko ima završen fakultet u trajanju 6 godina i specijalizaciju u trajanju 4 godine prebrojavao kilometre i određivao ima li netko pravo na PN - to može i netko za završenom srednjom ekonomskom školom!). Imam još oho godina do mirovine, ali ovakvim ignoriranjem vodećih koji predlažu zakone i izmjene zakota, te isključivanjem struke u kreiranju zakona, tjerate mlade a i nas starije da potražimo bolju budućnost u zemljama koje cijene svoje liječnike.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

273 **Admir Dilberović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Uz konstantnu priču o "zadovoljnim zdravstvenim radnicima" uporno se zanemaruje cijeli niz zdravstvenih i nezdravstvenih radnika koji nisu liječnici ili medicinske sestre. U zakonu se moraju regulirati sve zdravstvene profesije i time ostaviti na poslodavcu da izabere onog što mu treba. Trenutno je nedopustivo sustavno "šikaniranje" magistara medicinsko laboratorijske dijagnostike koji su se obrazovali sukladno europskim preporukama i deklaracijama o bolonjskom procesu (3+2+3) te rade kao srednja ili viša stručna sprema čak i sa doktoratom i znanstveno nastavnim zvanjem. Magistri-medicinsko laboratorijske dijagnostike su na svojim leđima iznijeli ogroman dio covid pandemije i dokazali svoje kompetencije te su izrazito potrebni kao članovi multidisciplinarnog tima u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj djelatnosti te zdravstvenim zavodima. Trenutno imamo paradoks da zdravstveni zavodi mogu zaposliti iste stručnjake, dok bolnice ne mogu, a znamo da se opis i djelokrug poslova uvelike preklapaju i to posebice u mikrobiologiji i transfuziji. Potrebno je iste hitno uvrstiti u radna mjesta 1. vrste i dodijeliti koeficijent namjenjen i medicinskim sestrama-magistrima. Trenutno imamo paradoks obrazovanog društva koji radi na poslovima nižih kvalifikacija od svoje istovremeno dok znamo da u mnogim poslovima u RH ljudi rade na poslovima viših kvalifikacija od svog obrazovanja. Uvjeren sam da ne postoji zemlja na svijetu u kojoj magistar laboratorijske dijagnostike koji je ujedno i prof.dr.sc.ili doc.dr.sc. ili dr.sc. vadi krv upisuje uputnice i izdaje nalaze, a to je trenutno slučaj u RH zbog toga što 30 godina (!!) nije "izmišljeno" niti jedno novo radno mjesto u zdravstvu, a cijeli svijet i tehnologija se promijenila. Financijski trošak priznavanja stečenih diploma u svrhu kvalitetnijeg osoblja i brige za pacijenta je definitivno zanemariv jer je na nivou putnih troškova barem 60% zaposlenih (među kojima i mnogih lažno prijavljenih) u državnim službama S poštovanjem, Admir Dilberović, mag.med.lab.diag.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

274

Juraj Pavlič**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI**

Odličan pokušaj destimuliranja mladih liječnika da se odluče baviti obiteljskom medicinom. Kazne, otežavanje odlaska u privatnu ordinaciju i naravno administracija, i samo administracija. I ovako je grana medicine koja je desetkovana i deficitarna, a ovim potezom samo to dodatno utvrđujemo. Kroz 5 godina više od 1/4 naših građana će ostati bez svojih liječnika jer su mahom ljudi koji su ili već trebali ili uskoro odlaze u mirovinu. Endemske vrste mladih liječnika u ordinacijama obiteljske medicine možemo samo pronaći tamo gdje još nisu dobili onu specijalizaciju koju čekaju u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Što se radi po pitanju toga?, miče se postotak ordinacija koje Domovi zdravlja mogu zadržati kako bi zadržali koliko god timova žele i na taj način omogućiti im (Domovima zdravlja) da generiraju nove nepotrebne troškove zdravstvu. Domovi zdravlja zapošljavaju više nemedicinskog nego medicinskog kadra, rade se rezovi i uštede tamo gdje se to ne smije raditi i svakim danom postaje jasno da pacijentova dobrobit nije na prvom mjestu. Vječno su u minusima koje se pokrivaju na štetu proračuna. Treba se bolje pozabaviti time kako maknuti nepotrebnu administraciju koju liječnici obiteljske medicine odrađuju umjesto da se bave liječenjem svojih osiguranika. Dnevno se troši previše vremena na nepotrebne stvari a gužve u čekaonicama sve su veće i veće. Lagano dolazimo do toga de će i u ordinacijama obiteljskih liječnika nastati liste čekanja. Nešto što se mora izbjeći pod svaku cijenu. I za kraj, ali nimalo manje važno, potrebno je prestati delegirati sve na ordinacije obiteljske medicine. Cijepljenje protiv CoViD-a, kompletna borba protiv epidemije, nešto što bi trebao raditi epidemiolog?!?!, je nametnuta liječnicima obiteljske medicine. Ili taj termin epidemiolog znači nešto druge i ne tiče se epidemije. To je samo novi, svjež, primjer. Idemo se malo uozbiljiti i pokušajmo napraviti da nam temelj zdravstva opstane jer kada primarna ode i popuste sve brane koje se tu stvaraju nastat će val koji će uništiti zdravstvo.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

275	<p>Mirta Borjan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Reforma zdravstva, gdje se liječnika obiteljske medicine, kao prve karike u lancu ništa ne pita, nije nikakva reforma. Ministar nešto predloži, mi moramo to prihvatiti i to je to. Po meni je nebulozno da netko tko uopće nema uvid u rad liječnika obiteljske medicine, uporno nameće nekakva prava i obveze za rad tog istog liječnika, koji dnevno uradi po 150 kontakata (pregledi, mailovi, recepti, konzultacije, testiranja, pisanje i kojekakvih potvrda). Smatra se da je normalno tog istog liječnika kontrolirati od strane HZZO-a i propisivati enormne kazne. Što smo mi, liječnici drugog reda, koji trebaju snositi sav teret enormnog trošenja novčanih sredstava u zdravstvu? Sramota. A da ne spominjem "natipkavanje" i upisivanje kojekakvih nebuloznih stvari u karton pacijenta jer koliko ja znam nisam se školovala za administratora nego za liječnika. Isto tako, liječnik obiteljske medicine nema potrebne kompetencije za rad u hitnim službama, nego za to postoje obučeni liječnici. Rad u hitnoj službi trebao bi biti dobrovoljan, a ne da ga se nameće zakonom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
276	<p>Domagoj Hoić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Kao student medicine ne vidim poantu ni potrebu iza prijedloga obaveznog staža. Studij medicine je produljen s 5 na 6 godina da bi se tijekom studija steklo dovoljno znanja za samostalni rad te je obavezni staž ukinut (uz EU direktivu oko te cijele problematike). Da ne spominjem da se mijenjanje uvjeta za dobivanje licence nakon upisa studija u najmanju ruku treba smatrati apsolutno apsurnim i nemoralnim. Svaki mladi liječnik može odraditi do dvije godine staža ako se ne osjeća spremno za samostalni rad. Puno njih to i učini. Nema apsolutno nikakve potrebe za forsiranje tog staža. Jedino što se time može postići je da ćemo u još većem broju odlaziti iz zemlje. Ja sam prvi koji je planirao ostatu, ali evo svaki dan mi sve primamljivije zvuči odletjeti za Irsku dan nakon što dobijem diplomu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
277	<p>INES VIDOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Studentica sam šeste godine medicine. Izuzetno se protivim uvođenju obaveznog pripravničkog staža iz brojnih razloga. Neki su razlozi objektivni, činjenični i pravni, drugi su osobne prirode, ali valja napomenuti da velika većina kolega dijeli slične stavove osobne prirode. Od pravnih razloga prvo treba spomenuti direktivu EU o ukidanju staža koja bi se ovakvom izmjenom zakona prekršila. Hrvatska je članica EU i treba biti usklađena s njenim direktivama kako bismo održali naše mjesto u EU bez kojega bi hrvatska ekonomija bila u još većem rasulu. Ne može se samo tako odabrati koje ćemo direktive poštovati, a koje ne. Zatim, postoji činjenica da su na studij medicine zbog ukidanja staža uvedeni novi kolegiji:</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

Hitna stanja I i II, Liječničke vještine I i II, Simulacija kliničkih vještina. Uvođenjem tih novih obaveznih predmeta obrazloženo nam je da su oni zamjena za staž, dakle mi smo staž već odradili. Nadalje, mi smo pod jednim uvjetima upisali fakultet, a sada nam se pokušavaju nametnuti potpuno drugi uvjeti. Puno nas bi možda odlučilo drugačije da se od početka znalo u što se točno upuštamo, tako da ako se staž već mora uvoditi, pošteno bi bilo da se uvede studentima koji će 2023. godine upisati fakultet i dati svoj informirani pristanak. Također, svi studenti koji su odradili navedene kolegije koji su zamjena za staž, pogotovo bi trebali biti oslobođeni staža. Argument da nismo spremni za samostalan rad je paradoks, jer ako nismo spremni onda je to greška sustava koji nam je obećao da ćemo zbog tih kolegija biti spremni. Svaki je diplomirani student sposoban procijeniti je li sposoban za samostalan rad, te ako nije, odlučiti se za opciju sekundarijata koju smatramo izvrsnom opcijom. 2017. godine kada je staž ukinut studenti su negodovali jer nisu znali da će se uvesti opcija sekundarijata, mislili su da će svi biti odmah prisiljeni na samostalan rad. Međutim, opcija sekundarijata se pokazala kao izvrsna opcija jer omogućuje dodatnu praksu onim studentima koji je trebaju i koji se ne osjećaju spremno za samostalan rad, a daje i pravo izbora na samostalan rad onim studentima koji se osjećaju sposobno. Također, sekundarijat pruža dobru plaću i dobre uvjete rada i ankete koje su provodile Liječničke novine Hrvatske liječničke komore pokazuju sve veće zadovoljstvo mladih liječnika koji su u sustavu sekundarijata. Meni je konkretno upravo ta opcija sekundarijata izbor, i zapravo me ta opcija i potakla da odlučim ostati u Hrvatskoj. Uvođenjem obaveznog staža tjeraju se mladi liječnici u inozemstvo, upravo suprotno od onoga što se želi postići. Na prisilu neće moći ići, moj osobni stav je da ću ako se uvede obavezan staž nekako to odraditi jer sam bez licence nitko i ništa, ali da ću onda odmah otići iz države jer ja ne želim raditi u ovakvom sustavu prisile, iskorištavanja mladih radnih snaga za jeftine novce kako bi se popravili problemi s primarnom zdravstvenom zaštitom, i mijenjanja planova u zadnji čas. Opcija da dobijemo licencu, ali da moram raditi u PZZ ako želim specijalizaciju u Hrvatskoj mi je bolja zato što barem mogu odmah otići iz države umjesto da proživljavam godinu dana agonije. Skoro svi kolege s kojima sam razgovarala dijele moj stav, prvi put sam čula kolege koji su svakako htjeli ostati u Hrvatskoj da sada ozbiljno razmišljaju o odlasku o inozemstvo. Na koji god način da uvedete staž, bez licence ili sa licencom, potjerat ćete mlade liječnike izvan države. Trenutni sustav sekundarijata je ono što nas može zadržati ovdje. Slijede razlozi malo osobnije prirode. Smatram da je pogotovo nepristojno mojoj generaciji koja će sljedeće godine diplomirati uvesti obavezan staž sada kada smo nadomak diplome. Kao prvo, u ovako kratkom roku se to neće moći adekvatno organizirati i radit ćemo u užasnim uvjetima za mizerne novce, na mojoj generaciji će se "lomiti koplja"! Kao drugo, već imamo ozbiljne planove osobne prirode koji bi nam propali ako nas prisilno stavite na staž u neko malo mjesto u "nedodžiji", time nas osuđujete na godinu dana doslovno potraćenog

života i osobnog pakla. Znam ljude koji bi razmotrili rad u malim mjestima sa nedostatnom PZZ ako im se pruže dobri uvjeti rada (npr. smještaj i dobre plaće). Za 4500 kuna ili koliko se već planira platiti stažiranje nitko neće htjeti takvu opciju, i ako takva opcija bude prisilna, svi ćemo prvom prilikom otići iz države. Ja sam osobno individua koja jako loše funkcionira u malim sredinama, iz Rijeke sam i ona mi je premali grad, već imam ozbiljne planove za selidbu i rad u Zagrebu. Ako budem prisiljena raditi u maloj sredini, to će me toliko istraumatizirati i obeshrabriti da ću prvom prilikom otići iz države. Nije u redu da nam u zadnji čas mijenjate planove i rušite snove, igrate se s našim budućnostima i mentalnim zdravljem tako olako. Nadalje, obavezni staž bi bio plaćen izuzetno loše, što bi za nas značilo još jednu godinu nepotpune neovisnosti o roditeljima, što također dodatno opterećuje sustav. Ako se staž već mora uvesti, trebali bismo imati mogućnost da barem biramo geografsku lokaciju, barem županiju ako ništa drugo. Ako dobijem posao u nekom mjestu koje je na razumnoj udaljenosti od Zagreba, možda bih malo manje nerado odradila staž. Zaključne riječi: molim vas da nikako ne uvodite obavezan staž, zadržite mlade liječnike u Hrvatskoj! Ako nastavimo ovako kako smo krenuli, odlaziti ćemo još više. Napravite ono što je potrebno da bi se spasilo hrvatsko zdravstvo! Zadržite postojeći sustav sa dobivanjem licence po diplomiranju i mogućnosti sekundarijata, rada u kolima hitne pomoći i javljanja na natječaje za specijalizaciju. Ono što predlažem kao alternativu za popravljivanje lošeg stanja PZZ u malim mjestima je sljedeće: osigurajte smještaj, dobre uvjete rada i bolje plaće nego u velikim gradovima. Na taj način privući ćete one koji će stvarno svojevolumino izabrati taj posao i možda i ostati na tom poslu i u državi. Na način prisile, tjerate nas iz države.

278	<p>Marino Šabijan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Trebalo bi razmisliti o modelima incentivizacije privatnog sektora zdravstva da preuzme dobar komad posla iz javnog zdravstvenog sektora. Postoji opcija u kojoj se zadržava obavezno plaćanje zdravstvenog osiguranja kroz brutto placu, ali se otvaraju nove porezne olaksice poslodavcima koji investiraju u police dodatnog zdravstvenog osiguranja, možda uvesti i privatnu opciju obaveznog zdravstvenog - na taj način bi privatni sektor preuzeo siri spektar brige kao i primarnu zaštitu. To ne znači nužno smanjenje uplata za socijalno zdravstveno, idalje se može zadržati osnovica koja se već sada plaća, ali se može otvoriti mogućnost dodatnog plaćanja od strane poslodavaca za siru uslugu zdravstva za svoje zaposlenike kroz privatni sektor. To bi naravno samo platili poslodavci koji za to imaju mogućnosti, ali takve tvrtke danas postoje i treba im omogućiti i tu opciju. Na taj način bi liječnici obiteljske medicine i opće prakse, mogli primati pacijente s privatnim policama osnovnog, ne samo dodatnog. To bi bila jedna od dodatnih motivacija za uzimanjem takve specijalizacije te ulaska u privatni primarni sektor. Tu je naravno nužno restrukturirati sami e-recept, bez njih ga integrirati sa privatnim sektorom. Nadalje, tu bi se također stavljao veliki fokus na digitalno upravljanje kroničnim bolestima, monitoriranje pacijenta na daljinu i telemedicinu. Potrebno je kroz digitalni sustav pratiti ishode pacijenta određenih liječnika, policama osiguranja i zdravstvenih planova, zatim nagraditi one koji su postigli najbolje rezultate sa dodatnim poreznim olaksicama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
279	<p>ANITA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Po uvođenju obaveznog staža, kao student šeste godine medicine, smatram da time potičete iseljavanje mladih liječnika. Što na koncu nije financijski isplativo - jer uloženo je sredstava u njihovo obrazovanje - a niti količina tih sredstava nije razmjerna kvaliteti studijskih programa (i ranije je trebalo staž pomaknut na ranije godine studija tj. skratiti studij i uložiti u praksu da bi dobili korisne studente koji već za vrijeme studija nešto i odrađuju a zatim i educirane liječnike te time bolje uložili sredstva edukacije) no to se ne tiče teme, stoga ukratko: Uvođenje staža na samom kraju - veći je financijski gubitak odlaskom liječnika iz RH koji su već nezadovoljni nego li profit godine dana jeftinog staža nespremnih doktora. Potrebno je uvesti održivije mjere i uvjete i to generacijama koje nisu na samom završetku studija. "Krpanje" nefunkcionalnog postojećeg sustava izobrazbe mladih liječnika i plasiranje istih na tržište rada ovakvim neodrživim mjerama je kontraproduktivno.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

280	<p>Sonja Grbac-Stublić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>U predloženim izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti nije predviđena izmjena dobne granice za rad u privatnoj praksi. Gotovo u pravilu zdravstveni radnici privatne prakse pišu zamolbu za produljenje privatne prakse iza 65 godina života što im odobrava ministar. Smatram da u trenutnoj situaciji kada imamo manjak zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe je neophodno omogućiti zdravstvenim radnicima koji žele i mogu raditi da rade i poslije 65 godina. Zato predlažem da se u Čl.67 St 8 ZZZ(NN 100/18) riječi "65 godina života" zamijene riječima "70 godina života"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
281	<p>Hrvatsko logopedsko društvo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Hrvatsko logopedsko društvo predlaže dodatne dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti i to kako slijedi: Članka 46. Nadopuna članka 46 stavak 3. čime bi se omogućio samostalan rad magistara logopedije. Trenutno zakonsko rješenje to onemogućava stvarajući tako značajne nejasnoće i otežava sve segmente rada logopeda. Logopedija ima svoju šifru djelatnosti (2230000), ugovara se na svim razinama zdravstvene zaštite, a izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti 2020. god. omogućeno je otvaranja logopedске ambulante na razini PZZ. Navedene dopune nužne su u cilju reguliranja rada logopeda u privatnoj praksi i korak bliže konačnom reguliranju logopedске djelatnosti u cilju zaštite prava pacijenta. Prijedlog stavka: - U stavku tri nakon „medicinsko biokemijske laboratorije“ dodati, privatnu praksu magistara logopedije. Članak 48. Prijedlog nadopune: dodati iza doktora medicine i doktora dentalne medicine – magistar logopedije Nadopuna Članka 177, stavaka 9. nužna je kako bi se omogućila kontrola nad inozemnim stručnim kvalifikacijama magistara logopedije. Logopedija je regulirana djelatnost u EU, a zakonodavni nedostatci u RH omogućavaju prostor za lošu praksu i nemogućnost kontrole tko i pod kojim uvjetima pruža logopedsku dijagnostiku i terapiju. Navedena izmjena potrebna je kako bi se premostio zakonodavni jaz do donošenja Zakona o logopedskoj djelatnosti. Članak 177, stavak 9. Nadopuna: Isto se primjenjuje i na priznavanje inozemne stručne kvalifikacije magistara logopedije. Predlaže se donošenje Zakona o logopedskoj djelatnosti kroz zakonodavne aktivnosti Ministarstva zdravstva u 2023.god., a u skladu s tim i dopuna članka 239. Članak 239. Nadopuna članka : iza Hrvatske komore zdravstvenih radnika dodati Hrvatska logopedska komora. U prijelaznim i završnim odredbama dodati: Ministar će u šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti Odluku o osnivanju Hrvatske logopedске komore. Uvažavanjem predloženih promjena Zakona omogućit će se nastavak pozitivnih promjena i konačno usklađivanje hrvatske sa svjetskom i europskom logopedskom praksom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

282	<p>LUKA GLAVOČIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Uvođenje obaveznog staža kao obavezan uvjet za sticanje licence je nevjerovatno glupo i kratkovidno. Moj liječnik obiteljske medicine nesmije biti zamjenjen tek diplomiranim studentom jer se prekida kontinuitet zdravstvene zaštite. Forsirate studente da potroše godinu dana više na studiju čak i bez staža, s ovim zakonom ih još godinu dana obavezujete da rade za nikakvu plaću posao za koji nisu spremni, zašto? Jako sam protiv uvođenje ovog zakona.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
283	<p>Kristian Nenadić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Ulaskom u EU 2013. godine sporazumno je ukinut pripravnički staž koji je ekvivalent Nacionalnom programu koji Ministarstvo zdravstva i HLK žele ponovno vratiti na snagu. Rad pod mentorstvom kao takav, i dalje postoji kao opcija, no mandatorno uvođenje u trajanju od 1 godinu smatram da bi stvorilo veliko nezadovoljstvo među studentima medicine (posebice završnih godina) i dovelo naposljetku do neželjenog učinka, tj. još veći odlazak mladih liječnika u inozemstvo i još manji interes za PZZ. Za kraj, integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine koji inače traje 6 godina, što je već za 1 godinu dulje od ostalih studija + koliko studenti ulažu svog vremena, truda i želje za napretkom, da se na kraju spominje nakon svega toga "novčana nagrada za rad" i da navedeno bude svega nekoliko stotina kuna ili tada nekoliko desetaka eura više od minimalne hrvatske plaće je poražavajuće i degradirajuće za bilo kojeg studenta medicine ili mladog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
284	<p>Erik Šuvak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>Uvođenje staža banalizira dugih 6 godina studiranja, obvezuje nove doktore na rad u moguće nepoželjnoj poziciji i ograničava ostvarivanje mladih doktora i u kakvom smislu od financijskog do karijernog.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

285	<p>Marko Orešković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>“U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“.” Student sam šeste godine medicine, te smatram da je bilo kakav način prisile ili određivanja radnog mjesta novodiplomiranim doktorima medicine sasvim neprimjeren i kontraproduktivan potez. Naime, svi koji se ne osjećaju spremnim za samostalan rad nakon završetka studija se imaju priliku prijaviti za mjesto na radu pod nadzorom, gdje je razina odgovornosti smanjena te je plaća shodno tome niža. Zašto bi itko, tko se osjeća spremnim preuzeti punu odgovornost u svom poslu, bio uskraćen prilike da taj posao odrađuje i za njega prima primjerenu plaću? Također, smatram da nije u redu primjenjivati bilo kakve promjene na studente koji su trenutno na studiju te nisu bili svjesni da će do istih doći nakon što diplomiraju. Ovaj način organizacije samo izgleda kao očajničko popunjavanje radnih mjesta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto smislenih i korisnih potpora koje bi dovele do toga da veći udio mladih liječnika ostaje u RH.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
286	<p>Kiara Brnetić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI</p> <p>“U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“.” Ovom izmjenom pokušava se studentima medicine nametnuti prisilni rad tijekom godine dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (pzz). Ideja koju ja vidim iza toga je očajnički pokušaj zadržavanja radne snage u RH koji je u potpunosti kontraproduktivan te sam sigurna da će rezultirati potpuno suprotnim. Rad pod nadzorom, koji trenutno postoji, je po meni dobar način na koji mladi liječnici, koji se ne osjećaju sigurno samostalno raditi, mogu steći iskustvo u području koje ih zanima. S druge strane, staž u PZZ to ne bi omogućio. Prisila nakon završetka studija je nelogičan i ograničavajući potez koji bi onemogućio odabir daljnjeg smjera karijere (ali i privatnog života) na godinu dana (ne žele svi raditi u pzz nakon završetka studija). Smatram da svi imamo puno pravo sami birati radno mjesto i radne uvjete prema svojim željama i životnim okolnostima, a pogotovo jer se studij upisao pod takvim uvjetima. Promjena uvjeta nekoliko mjeseci prije diplome nije primjerena. Gdje bi se promjene trebale dogoditi kako bi imali kompetentnije i spremnije mlade liječnike? Trebala bi se napraviti reforma studija medicine, poglavito zadnje (šeste) godine. Zadnja godina studija medicine bi se trebala pretvoriti u „staž“ neke vrste te se na taj način ne bi moralo ni pomišljati o tako reći uvođenju još i „sedme“ godine studija tj. obveznog staža.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

287	<p>Ana NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Ne bi se trebao uvesti jednogodišnji staž generacijama koje su trenutno na studiju jer to nije pošteno prema nama koji smo upisali fakultet s drugačijim očekivanjima i planovima.. Nama studentima (budućim liječnicima) bi trebalo biti omogućeno usmjeravanje u određeni dio medicine, neovisno o kojem dijelu medicine se radi, a ne ovako da svi moramo ići u primarnu zdravstvenu zaštitu. Ne znam na koji način mislite da bi itko bio motiviran ovakvom odlukom? I trebala bi se dobiti licenca nakon 6 godina studija, mislim da je to itekako dovoljno prakse da dobiti licencu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
288	<p>Zara Gumzej NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Zakon o obaveznom radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebao bi obuhvaćati generacije upisane na studij medicine nakon donošenja istog zakona, kako bi svaki pojedinac bio svjestan okolnosti pod kojima upisuje studij medicine. Mijenjanje uvjeta za stjecanje licence ne bi se nipošto smijelo izmjenjivati u tijeku školovanja pojedinca.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
289	<p>Dušica Tasovac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Obiteljska medicina je preopterećena administrativnim poslovima. Gubimo dragocjeno vrijeme na e naručivanje pacijenata. Recimo reumatološki bolesnik se vrati kod nas s kontrole i preporukom o kontroli za 6 mj, u bolnici mu ne daju termin vec ga salju natrag k nama da mu mi klikamo za termine..ista je stvar sa narudzbama za MR, CT ...ADMINISTRATORA, ili takve stvari rjesavati na ambulanti na salteru narucivanja jer vraćanje pacijenata i ponovno klikanje i traženje termina uz napomenu da neznamo o kojem se liječniku radi nema smisla !!!!! Stanje je kaotično po tom pitanju...Po Domu zdravlja je dovoljan 1 administrator, ne treba na svaku ambulantu 1 iako ni to ne bi bilo na odmet. Druga stvar - preporuke za pojedine pretrage primjer kolonoskopija - nemoze se obaviti bez preporuke gastroenterologa, onkologa ili abdominalnog kirurga. Zasto liječnik specijalist obitejske medicine nemoze kvalitetno odluciti da njegovom pacijentu treba kolonoskopija i dati mu uputnicu, za gastroskopiju moze? Zasto moze za gastroskopiju a kolonoskopiju ne. Bilo bi dobro da se stvari posloze po tom pitanju. specijalizaciji u Republici Hrvatskoj nije dupla razlika u placi za isti posao osim u nasoj specijalizaciji.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
290	<p>Vitimir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Ono što je važno je preventiva ,sigurnost i zaštita zdravlja zaposlenika u zdravstvenom sustavu (liječnika, medicinskih sestara, i dr.). Naime, ovo je poseban problem na koji se iz potpuno nerazumljivih</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

razloga ne obraća dovoljno pažnje. Oko tog pitanja posebno je bila angažirana središnja nacionalna javna ustanova ;Zavod za unapređivanje zaštite na radu, čijim je nepotrebnim ukidanjem 2018.g. Vlada zaustavila započete aktivnosti. Ulaganje u sigurnost i zdravlje nije trošak već investicija. Dokaz tomu je vrlo visoka stopa izostanaka s rada zbog bolovanja u djelatnosti zdravstva (dnevno 3.500 zaposlenih) , i taj trend je prisutan već dulji niz godina. Iznad prosječne su i stope ozljeda na radu. U 2021. g. stopa ukupnog broja prijavljenih ozljeda na radu na 1000 zaposlenih za sve djelatnosti iznosi 9,29, dok stopa za djelatnost zdravstvene zaštite i socijalne skrbi iznosi 11,91. Stopa prijavljenih ozljeda na mjestu rada na 1000 zaposlenih za sve djelatnosti iznosi 7,82, a za djelatnost zdravstvene zaštite i socijalne skrbi 8,68. Osiguravatelj HZZO to isto tako samo promatra, a reakcije nema. Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite za razdoblje 2015-2020.godine (donijet u mandatu prim.dr.sc .Marije Zavalčić, kao ravnateljice tadašnjeg HZZSNR) je davno istekao a novi program s konkretnim mjerama i aktivnostima nije donijet !!! Nacionalno vijeće za zaštitu na radu (sigurnost i zdravlje na radu) kao savjetodavno tijelo Vlade potpuno je disfunkcionalno , a prijedlozi za redefiniciju sastava i načina i sadržaja rada tog tijela odbacuju se od strane nadležnog ministarstva, dok se ministri mijenjaju a Vlada o istome ostaje neinformirana a time i isključena. Vrijeme je da se po uzoru na druge zemlje i u Hrvatskoj ustroji javni nacionalni institut/zavod za sigurnost i zdravlje na radu, u kojem bi vrhunski stručnjaci istraživali, analizirali, usmjeravali i inicirali odgovarajuće mjere u području sigurnosti i zdravlja na radu, kao osnovnog ljudskog prava. Državna i javna tijela glomaznog i svekolikog djelokruga to naprosto ne mogu kvalitetno i učinkovito činiti, kao nezavisni i stručni profesionalci. Izvor sredstva nije problem i nije vezan za Državni proračun. Do ukidanja tj preraspodjele namjenskog doprinosa za zaštitu zdravlja na radu kao prihoda HZZO po toj osnovi godišnje se prikupilo više od 550.000.000 kn a prema dostupnim izvješćima namjenski je utrošeno oko 50 % tih sredstava. Za ovakvu potrebnu instituciju trebalo bi iz tih izvora izdvojiti godišnje oko 10.000.000 kn a koristi bi bile višestruke. U svijetu rada koji se dinamično mijenja, promicanje zdravlja i sigurnosti sadašnje i buduće radne snage ključno je za osiguranje zdravijeg, duljeg i produktivnijeg radnog vijeka. Kako bi se osigurala kvaliteta rada i zapošljavanja u Europi, potreban je dobro koordiniran pristup istraživanju sigurnosti i zdravlja na radu koji je iznad regionalnih i nacionalnih granica. Države kojima su u središnjem fokusu navedeni ciljevi nastoje koordinirati i surađivati na europskim istraživačkim i razvojnim naporima u području sigurnosti i zdravlja na radu. Slijedom toga, uspostavljena je mreža koja se sastoji od 14 instituta za sigurnost i zdravlje na radu (OSH), od kojih svi igraju ključnu ulogu na nacionalnim razinama svojim vladama/tijelima te sustavima zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezgoda. Hrvatska je bila na tom tragu, organizacijski i programski putem djelovanja ukinutog Zavoda za unapređivanje zaštite

na radu. Navesti ćemo primjer Irske, zemlje koja nam je bliska po stanovništvu, i sve većem broju radništva koje odlazi na rad u tu državu. Irska Uprava za zdravlje i sigurnost (HSA) ima sveukupnu odgovornost za upravljanje i provođenje zaštite zdravlja i sigurnosti na radu u Irskoj više od 2 milijuna radnika (zaposlenih i samozaposlenih), provođenjem zakona o zdravlju i sigurnosti na radu, promicanjem prevencije nesreća i pružanjem informacija i savjeta u svim sektorima, uključujući maloprodaju, zdravstvo, proizvodnju, ribolov, zabavu, rudarstvo, građevinarstvo, poljoprivredu i prehrambene usluge. HSA nadzire usklađenost sa zakonima na radnom mjestu te djeluje kao Nacionalni centar za informacije i savjete poslodavcima, zaposlenicima i samozaposlenim osobama o svim aspektima zdravlja i sigurnosti na radnom mjestu. HSA također promiče obrazovanje, obuku i istraživanje u području zdravlja i sigurnosti. U okviru širokog raspona aktivnosti HSA djeluje na: Promicanje dobrih standarda zdravlja i sigurnosti na radu; Inspekciju svih mjesta rada i praćenje poštivanja zakona o zdravlju i sigurnosti; Istragu teških nesreća, uzroka lošeg zdravlja i pritužbi; Poduzimanje i sponzoriranje istraživanja o zdravlju i sigurnosti na radu; Izradu i objavljivanje kodeksa prakse, smjernica i informativnih dokumenata; Pružanje informacijskih usluga; te izrada novih zakona i standarda o zdravlju i sigurnosti na radu. Potpuno je neopravdano da ministarstva zdravstva i rada nisu ništa poduzeli da analiziraju aktualno stanje i utvrde akcijski plan, kojim bi se djelovalo na sprječavanje uzroka a time i posljedica po sigurnost i zdravlje zaposlenih u zdravstvu. Jedan od najznačajnijih problema uz psihosocijalne rizike, stres i radno opterećenje je svakako i ergonomska neuređenje mjesta rada. Teško fizičko naprezanje, ostavlja posljedice na mišićno-koštani sustav posebice kod medicinskih sestara koje dnevno rade s bolesnicima, i zato je potrebno osigurati sve tehničke preduvjete kako bi se takav rad olakšao. Primjera kako to učiniti ima u drugim EU zemljama i zato nema razloga to ne primijeniti i u Hrvatskoj. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20211210_OTS0088/good-practice-award-20202022-fuenf-oesterreichische-paradebeispiele-auf-der-short Uspješne organizacije čine ljudi. Osiguranje odgovarajućih radnih uvjeta, poštivanje dostojanstva i dobrobiti radnika povećavaju zadovoljstvo radnika poslom, njihovu predanost te se time učinkovito doprinosi ostvarivanju radnih zadataka. Radne sredine u kojima se odgovorno skrbi o očuvanju radne sposobnosti radnika, imaju nižu razinu rizika na radu te niže stope nesreća, ozljeda na radu i izostanaka s rada zbog bolovanja, te uspješnije poslovne rezultate. I ovom prilikom potrebno je ukazati na potrebu jačanja uloge i nadležnosti radničkih vijeća i primjenu njihovih temeljnih ovlaštenja, posebno kad je riječ o zapošljavanju, razlozima i ograničenju prekovremenog rada, primjerenim uvjetima rada, mjerama sigurnosti i zaštite zdravlja na radu i dr. Uz reguliranje specifičnosti i posebnosti putem pregovora i zaključivanja kolektivnih ugovora, industrijske odnose i radničku participaciju potrebno

je razvijati primjenjujući u praksi one odredbe i rješenja koja su raspoloživa i dobra; u ovom slučaju odredbe važećeg ZOR-a, koje omogućavaju aktivno sudjelovanje radnika u odlučivanju. Odgovorno upravljanje ljudskim resursima; pribavljanje i selekcija osoblja, obuka, praćenje radne uspješnosti, mogućnosti napredovanja, sustav nagrađivanja, kvalitetni međuljudski odnosi, lojalnost te stvaranje odgovarajuće organizacijske klime i kulture, obilježja su uspješnih organizacija. Inspekcija rada – zaštite na radu također mora redovitije obavljati nadzor u zdravstvenim ustanovama, a medicina rada obilaziti mjesta rada i savjetovati poslodavce i radnike o mjerama prevencije i zaštite. Nikakve reforme u zdravstvu neće biti ako ovo važno pitanje ostane neriješeno. O drugim povezanim problemima i prijedlozima više u e-savjetovanju o prijedlogu izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Nadalje, Sve druge nužne promjene su nevidljive, spore ili nedovoljne, a sve je međusobno povezano. Sada ćemo imati nove izmjene i dopune Zakona o radu („privremeno“), ali ne i prije 2 godine najavljeni novi Zakon o radu, čija se izrada se odmah najavljuje!? Od ranije najavljenih promjena nema Zakona o plaćama u javnom sektoru, reforme koeficijenata u javnim i državnim službama, reforme teritorijalnog ustroja, reforme državne i lokalne uprave i samouprave, strateškog dokumenta o mentalnom zdravlju, određenih podzakonskih propisa,.... Život, zdravlje i očuvanje radne sposobnosti svakog radnika, u ovom slučaju zdravstvenih radnika najvažniji je prioritet u „reformi zdravstva“, tim prije što je poznato da kronično nedostaje zaposlenika u tom sektoru, te da su iznimno radno opterećeni tekućim i prekovremenim radom, što sasvim sigurno uz sve druge ugroze djeluje nepovoljno na njihovu sigurnost i zdravlje.

291 **Kristijan Županić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI
 Student sam 6. godine medicine i mislim da je stvarno nepotrebno uvođenje staža. Svi mi studenti imamo već neke planove za budućnost i uvođenje nekih stvari 5 do 12 nema nikakvog smisla. Mijenjati nešto što funkcionira u redu, na nešto gore svakako nije nešto što bih ja predložio.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

292 **Marija Gašparović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

293 **Ana Vidović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine

već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

294 **Doris Vojković**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA
 Kao student, slažem se sa komentarom Hrvatske

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

psihološke komore i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta te sukladno tomu predlažem slijedeće izmjene: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa te edukacijskih rehabilitatora njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „ljekarničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenja podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi, kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 5. Dopunu članka 155., stavka 2. na način da glasi: „Zdravstveni radnici obrazuju se na medicinskom, dentalnom ili farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te drugom visokom učilištu koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, kao i na učilištu te srednjim strukovnim školama koje imaju rješenje nadležnog Ministarstva o odobrenju za izvođenje pojedinog nastavnog plana i programa obrazovanja/strukovnog kurikulumu koji je razvrstan u obrazovni sektor u području zdravstva. Zdravstvenim radnicima smatraju se i logopedi, edukacijski rehabilitatori, medicinski tehnolozi, biotehnolozi i biomedicinski inženjeri, biolozi u zdravstvu, klinički psiholozi, medicinski fizičari, fonetičari i nutricionisti, ako obavljaju zdravstvenu djelatnost u procesu dijagnostike i liječenja....“ 3. Zakonodavac je prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini

zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Također predlažemo uvrštavanje edukacijsko-rehabilitacijske djelatnosti, a nastavno na dopunu koju predlažemo u prethodnoj točki. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te bi se utvrdio položaj edukacijskih rehabilitatora, uz uvaženu dopunu predloženu u prethodnoj točki. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatska komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“ te zarez i riječi „Hrvatska komora edukacijskih rehabilitatora“.

5. Dopunu članka 32. stavka 2. na način da glasi: „Iznimno od članka 30. stavka 2. Podstavka 9., 11., 15., 19. i 26., ovoga Zakona, djelatnosti medicine rada/medicine rada i sporta, logopedije, edukacijske rehabilitacije, fizikalne terapije i palijativne skrbi mogu se obavljati i na sekundarnoj razini.“ Zaključno, u okviru djelatnosti i mjera na razini zdravstvene zaštite koje pruža edukacijski rehabilitator u sustavu zdravstva predlažemo da se u izmjenju Zakona o zdravstvenoj zaštiti uvrsti edukacijske rehabilitatore kao zdravstvene radnike te omogućiti ostvarivanje šifre djelatnosti edukacijske rehabilitacije s ciljem unapređenja sustava zdravstvene zaštite djece s neurorazvojnim čimbenicima i simptomima rizika, djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom te da se utvrdi položaj i ravnopravnost psihološke djelatnosti i psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu.

295 **PETRA PETRAVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno

educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

296	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>Povećanjem broja konzilijarnih liječnika različitih grana medicine u vanbolničkom sustavu, a bez povećanja broja liječnika specijalista obiteljske medicine NE MOŽE UNAPRIJEDITI PRIMARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU !!! Bavljenje uskim segmentom medicine nije dovoljno za ostvarivanje globalnih javnozdravstvenih ciljeva,: nadzor nad kardiovaskularnim čimbenicima rizika i ranim otkrivanjem malignih bolesti, nadzor nad rezistencijom antibiotika njihovom racionalnom primjenom, liječenje i rana detekcija bolesnika s mentalnim bolestima u zajednici, liječenje i vođenje bolesnika s komorbiditetima i multimorbiditetima, kućno liječenje... Posebno, za ove zadatke NISU OSPOSOBLJENI LIJEČNICI SA ZAVRŠENIM STUDIJEM MEDICINE! Njihovo obvezivanje na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i uvjetovanje pristupanju specijalističkom usavršavanju zabrinjavajuće je i opasno. Pitanje odgovornosti za posljedice važno je, ali još su važnije same posljedice i ishodi takvih odluka. Dodatno Hrvatska je 2013. godine preuzela obvezu i EU regulative da će nositelji prakse obiteljske medicine morati imati završenu specijalizaciju obiteljske medicine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
297	<p>Katarina Matijević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>Zdravlje općenito, a naročito mentalno zdravlje, u koje spada sposobnost i vještina komunikacije (verbalna i neverbalna) globalni je cilj proklamiran aktima Svjetske zdravstvene organizacije. Logopedi, kao stručnjaci za rad u području (re)habilitacije patologije glasa, jezika, govora i slušanja, tj. verbalne i neverbalne komunikacije, mogu i namjeravaju ponuditi najviše što se može da bi se proklamirani svjetski i društveni cilj dostigao kako na lokalnoj tako i na globalnoj razini. Da bi logopedska struka mogla mobilizirati sve svoje mogućnosti na najučinkovitiji način, a uz maksimalnu zaštitu populacije koja njihovu skrb treba i koristi, te zaštitu kvalitete usluge, njihovo djelovanje treba se temeljiti na zakonom utvrđenim pravilima. Stoga se u potpunosti slažem s prijedlozima Hrvatskog logopetskog društva koje predlaže dodatne dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti i to kako slijedi: Članka 46. Nadopuna članka 46 stavak 3. čime bi se omogućio samostalan rad magistara logopedije. Trenutno zakonsko rješenje to onemogućava stvarajući tako značajne nejasnoće i otežava sve segmente rada logopeda. Logopedija ima svoju šifru djelatnosti (2230000), ugovara se na svim razinama zdravstvene zaštite, a izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti 2020. god. omogućeno je otvaranja logopedske ambulante na razini PZZ. Navedene dopune nužne su u cilju reguliranja rada logopeda u privatnoj praksi i korak bliže konačnom reguliranju logopedske djelatnosti u cilju zaštite</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

prava pacijenta. Prijedlog stavka: - U stavku tri nakon „medicinsko biokemijske laboratorije“ dodati, privatnu praksu magistara logopedije. Članak 48. Prijedlog nadopune: dodati iza doktora medicine i doktora dentalne medicine – magistar logopedije Nadopuna Članka 177, stavaka 9. nužna je kako bi se omogućila kontrola nad inozemnim stručnim kvalifikacijama magistara logopedije. Logopedija je regulirana djelatnost u EU, a zakonodavni nedostaci u RH omogućavaju prostor za lošu praksu i nemogućnost kontrole tko i pod kojim uvjetima pruža logopedsku dijagnostiku i terapiju. Navedena izmjena potrebna je kako bi se premostio zakonodavni jaz do donošenja Zakona o logopedskoj djelatnosti. Članak 177, stavak 9. Nadopuna: Isto se primjenjuje i na priznavanje inozemne stručne kvalifikacije magistara logopedije. Predlaže se donošenje Zakona o logopedskoj djelatnosti kroz zakonodavne aktivnosti Ministarstva zdravstva u 2023.god., a u skladu s tim i dopuna članka 239. Članak 239. Nadopuna članka : iza Hrvatske komore zdravstvenih radnika dodati Hrvatska logopedska komora. U prijelaznim i završnim odredbama dodati: Ministar će u šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog zakona donijeti Odluku o osnivanju Hrvatske logopedske komore. Uvažavanjem predloženih promjena Zakona omogućit će se nastavak pozitivnih promjena i konačno usklađivanje hrvatske sa svjetskom i europskom logopedskom praksom. U većini zemalja Europske unije logopedska djelatnost je etablirana i zakonodavno uređena na način kojim su uklonjeni nedostaci s kojima se susrećemo u Hrvatskoj. Molim Vas da se ovime stvari pokrenu u pravom smjeru.

298 **NADJA GROZDANIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE
ZAKONA

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

„Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno

položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

299 **Ines DiminićLisica**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

1. Urediti pitanje dostupnosti zdravstvene zaštite na primarnoj razini nije moguće "propisivanjem obveze zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe..." jer su to prije svega obveze svih liječnika u mreži javne zdravstvene službe, a ne samo privatnih. Ispunjavanje obveza u ovom trenutku daleko nadmašuju sve realne mogućnosti unatoč prekovremenom neplaćenom radu (vidljivom kroz broj kontakata i broj postupaka tijekom jednog radnog dana) . Dostupnost je moguće osigurati samo povećanjem broja timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prvenstveno timova obiteljske medicine i njihovim proširenjem na dodatnu medicinsku sestru. 2. Povećanjem broja konzilijarnih liječnika različitih grana medicine u vanbolničkom sustavu, a bez povećanja broja liječnika specijalista obiteljske medicine NE MOŽE UNAPRIJEDITI PRIMARNU

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

ZDRAVSTVENU ZAŠTITU !!! Bavljenje uskim segmentom medicine nije dovoljno za ostvarivanje globalnih javnozdravstvenih ciljeva, : nadzor nad kardiovaskularnim čimbenicima rizika i ranim otkrivanjem malignih bolesti, nadzor nad rezistencijom antibiotika njihovom racionalnom primjenom, liječenje i rana detekcija bolesnika s mentalnim bolestima u zajednici, liječenje i vođenje bolesnika s komorbiditetima i multimorbiditetima, kućno liječenje... Posebno, za ove zadatke NISU OSPOBLJENI LIJEČNICI SA ZAVRŠENIM STUDIJEM MEDICINE! Njihovo obvezivanje na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i uvjetovanje pristupanju specijalističkom usavršavanju zabrinjavajuće je i opasno. Pitanje odgovornosti za posljedice važno je, ali još su važnije same posljedice i ishodi takvih odluka. Dodatno Hrvatska je 2013. godine preuzela obvezu i EU regulative da će nositelji prakse obiteljske medicine morati imati završenu specijalizaciju obiteljske medicine. 3. Ulogu doma zdravlja potrebno je redefinirati, a ne ojačati ! Prvenstveno je neophodno smanjiti broj nezdravstvenih djelatnika u odnosu na zdravstvene djelatnike. Potrebno je značajno proširiti dijagnostičku djelatnost, proširiti broj laboratorijskih pretraga koje se ugovaraju na primarnoj razini sukladno potrebama suvremene prakse te proširiti radiološku djelatnost većim brojem dostupnih standardnih RTG, UTZ, CT, i MR pretraga. Bez proširenja dijagnostičke djelatnosti na primarnoj razini nema nikakve mogućnosti unaprijeđenja rada niti smanjenja ulaska u bolnički sustav i smanjenja listi čekanja. 4. Zbog godinama zanemarenog upućivanja na specijalizacije iz obiteljske medicine domovi zdravlja nisu u mogućnosti uputiti na specijalizaciju potreban broj liječnika iz redova svojih djelatnika koji tu specijalizaciju čekaju, zbog potencijalnog organizacijskog sloma. Zbog toga je neophodno svim privatnim ordinacijama i ustanovama u djelatnosti obiteljske medicine, ovlaštenim za provođenje programa specijalističkog usavršavanja, omogućiti pristup sredstvima namjenjenim za specijalizaciju i zapošljavanje liječnika specijalizanta obiteljske medicine. 5. Predlažem izmjenu prijedloga čl. 103. st 4 na način da glasi "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti ima do 25% ordinacija. 6. Neophodno je izmijeniti čl 67 st 2 na način da glasi " Zdravstvenim djelatnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života"

300	<p>Tomislava Furčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>Smatram nužnim izmijeniti članak 54. stavak 3. prema kojemu zdravstveni radnik može primiti u radni odnos jednog zdravstvenog radnika iste struke. Naime, ovo ograničenje se sukladno stavku 4. istog članka ne odnosi, između ostalog, na magistre farmacije koji obavljaju privatnu praksu. Time su drugi zdravstveni radnici koji obavljaju privatnu praksu u ordinacijama (doktor medicine i doktor dentalne medicine) stavljeni u neravnopravan položaj. Za slučaj za zdravstveni djelatnik koji obavlja privatnu praksu u ordinaciji želi proširiti svoju praksu on mora djelatnost obavljati u znatno skupljem obliku kao što je primjerice ustanova, a da istovremeno na taj skuplji oblik obavljanja djelatnosti u kojemu je on jedini osnivač ne prelaze pacijenti preko HZZO nego mora ići ponovno na natječaj. Dakle, zdravstvenog radnika se ograničava u broju zaposlenika iste struke i istovremeno ga se onemogućava da nastavi pružati usluge preko HZZO postojećim pacijentima. Zbog čega je to omogućeno magistrima farmacije, a nije doktorima medicine ili doktorima dentalne medicine?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
301	<p>Branislava Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>Predloženim izmjenama Zakona neće se postići željeni ciljevi reforme u svrhu poboljšanja zdravstvene zaštite. Mišljenja sam da nametanje zapošljavanja mladim kolegama u PZZ nakon završetka studija nije prihvatljivo. Oni sami ne mogu biti nosioci u ordinacijama obiteljske medicine, mogu raditi jedino uz mentora. Onaj tko želi obiteljsku medicinu treba mu odmah omogućiti specijalizaciju, onaj tko ne želi treba dobiti mogućnost da se profesionalno razvija u nekoj drugoj kliničkoj grani. Zbog osiguravanja pružanja zdravstvene skrbi trenu svim liječnicima koji žele omogućiti rad do 68g bez obzira gdje rade, privatnim liječnicima dopustiti prijenos prakse na drugog kolegu. Neophodno je privatnim zdrav. radnicima da temeljem Ugovora o radu koji imaju sklopljen s visokim učilištima reguliraju prava iz mirovinskog osiguranja, što do sad u stvarnosti nije realizirano.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
302	<p>ANA MARIJA BREBRIĆ DOMITROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „, a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim

preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Zara Gumzej 01.11.2022 16:13 0 0 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine

medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.”

c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom

jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

303	<p>Ivana Ban Kolega NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>Čitajući izmjene ZOZZ liječnici neće biti motivirani ostati u našoj državi, bili oni početnici ili su već u ovom sustavu koji vodi svome kraju ovakvom devastacijom. U današnje vrijeme liječnici PZZ će biti prisiljeni uskakati u HMP, OHBP, raditi posao epidemiologa, policajaca oduzimanjem vozačke dozvole i tko zna čega još ako se ovakvo delegiranje tuđih poslova nastavi. Dajte slobodu mladim liječnicima kako žele raditi nakon fakulteta (uz nadzor, samostalno ili odmah ići na specijalizaciju), dopustite liječnicima u PZZ da odaberu hoće li biti privatne ordinacije ili pri Domu zdravlja, smanjite timove do maksimalno 1500 pacijenata jer sve preko tog broja je iscrpljujuće za svakog liječnika ako se adekvatno želi posvetiti svakom pacijentu, a ne da za njega ima možda 3 minute. Slušajte struku, a nemojte politički raditi protiv nas!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
304	<p>UDRUGA DENTALNIH TEHNIČARA REPUBLIKE HRVATSKE NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>Nadamo se da će ovom izmjenom Zakona o ZZ biti dentalnim tehničarima vraćeno Ustavom zagaranirano pravo na zaštitu njihovog dostojanstva; časti; slobode mišljenja i izražavanja misli; pravo na rad i slobodu rada; na zaradu dostojnu života; najduže radno vrijeme određeno zakonom; pravo na tjedni odmor i plaćeni godišnji odmor; pravo njih i njihovih obitelji na socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje uređeno zakonom i kolektivnim ugovorom. Također se nadamo da će se ovom izmjenom poštivati Čl.19 Ustava RH kojom pojedinačni akti tijela državne uprave (MIZ) i tijela koja imaju javne ovlasti (u ovom slučaju HKDM) moraju biti utemeljena na zakonu, a ne kršenjem tih zakona na štetu jedne zdravstvene struke koja ima registriranih preko 2000 djelatnika. Pravilnikom o uvjetima za obavljanje poslova zdravstvene zaštite samostalno osobnim radom (NN 49/1990; NN 71/1994; NN6/1996) dentalni tehničari bili su prva i jedina zdravstvena struka SSS koja je u zubotehničkim laboratorijima DZ-a uz ordinacije opće medicine; ord. zubozdravstvene zaštite; ord. školske medicine; ord. zdrav.zaštite dojenčadi i školske djece; ord. zdrav.zaštite žena; ord. specijalističko - konzilijarne djelatnosti i ljekarničkih jedinica; bila predviđena za davanje u zakup na neodređeno vrijeme s tim da zakupac svake kalendarske godine zaključi ugovor s HZZO. Ove zakonske odredbe su privatizacijom jednostavno nestale, kao i dentalni tehničari koji su protuzakonito bačeni u zakup; izbačeni iz tima; bačeni na tržište rada bez ugovora s HZZO; bez opremljenih laboratorija i osnovnih uvjeta za rad; bez zagaraniranih radova; bez prava iz Kolektivnog ugovora; nejednakih prava iz mirovinskog sustava i s burze rada; bez prava na plaćeno bolovanje prvih 42 dana i godišnjih odmora;</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

bez prava na sudjelovanje u kreiranju cijena i uvjeta našeg rada; bez prava na neposluh i neprihvatanje protuzakonitih radnji koje oštećuju pacijente i zdravstveni proračun. Zbog svih protuzakonitih radnji koji su nas doveli u podređen i robovski položaj, iako odrađujemo radove HZZO-a vrijedne stotine miliona kn. plaćene radnim nalogima, nismo za svoj rad direktno plaćeni preko vlastitih računa, već smo plaćeni preko ugovornih ordinacija dentalne medicine i to tako da dobivamo samo 1/4 cijene protetskog pomagala koje je 4/5 rad, materijal i ulaganje dentalnog tehničara. U Zakonu o ZZ definicija zdravstvenih djelatnika je jasna i određena za sve djelatnike u zdravstvu osim za dentalne tehničare. Iako smo Zakonom o ZZ definirani kao zdravstveni djelatnici sa završenim zdravstvenim obrazovanjem, odrađenim pripravničkim stažem i položenim stručnim ispitom, HKDM i MIZ su nas protuzakonito bez ikakvih sankcija proglasili izvan timskim zdravstvenim suradnicima - "Izmjenom i dopunom Zakona o stomatološkoj djelatnosti NN 120/2009 Čl.2.- " U Čl.13. iza stavka 2. dodaje se novi stavak 3. koji glasi: (3) Izvan timski zdravstveni suradnici su dentalni tehničari". Ta izmjena je napravljena pola godine prije pripajanja dentalnih tehničara "zdravstvenoj" Komori, čiji članovi postajemo 01.04.2010.g. prisilno i bez znanja, samovoljom 15-tak članova bivše Udruge zubnih tehničara. Iako je prekršila sve moguće zakonske i moralne kriterije, HKDM je podnijela privatnu tužbu protiv ove udruge i njene predsjednice za kazneno djelo klevete. Udruga se već devet godina bori za uništena radna, ljudska i moralna prava dentalnih tehničara; za bolji i pravedniji položaj struke i djelatnika; protiv urušavanje i nepoštivanje prava pacijenata; prokazuje nelogičnosti; traži racionalizaciju proračunskih sredstava; prokazuje na sve nezakonitosti koje se događaju u ordinacijama i ukazuje na totalnu devastaciju dentalne struke čiji su rezultati poražavajući u odnosu na ostale članice EU. Na Ustav i Zakon se pozivaju oni koji su ga davno prekršili na štetu jedne struke, njenih djelatnika i pacijenata. Svi oni koji kreiraju dentalnu politiku doveli su do totalne devastacije dentalne zdravstvene zaštite i oralnog zdravlja nacije, a to znači da smo iza Bugarske najgori po stanju oralnog zdravlja među ostalim zemljama članicama EU. Nadamo se da će te ovim Zakonom ispraviti nepravdu prema dentalnim tehničarima koja traje i dan danas nakon punih 25g.

305 **Krapinsko-zagorska županija**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA
 Smatramo iznimno važnim povećavanje i ujednačavanje plaća liječnika zaposlenih u domovima zdravlja s prihodima liječnika koji obavlja privatnu praksu kao i usklađivanje plaća specijalista zaposlenih u domovima zdravlja s onima zaposlenim u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Trenutačni veliki raskorak u plaćama nema nikakvo opravdanje i uz to je najveće je demotivacija liječnicima za zapošljavanje za zapošljavanje u domovima zdravlja.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Poštovani kao liječnik specijalista obiteljske medicine u PZZ predlažem sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. Predlažem da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinutrajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlažem obvezno kontroliranje osiguranika koji su nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za radobvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe predlažem da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada jeprivremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječniciobiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika.predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje."Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (zakratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka .na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažem brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza Predlažem izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje

putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. Predlažem obavezno mogućnost zapošljavanja administratora u tim PZZ zbog enormno povećanog posla administriranja (uz to i brojni telefonski pozivi) i da se za to sredstva osiguraju u glavarini. Mogućnost zapošljavanja makar na 4 sata .(i za plaću administratora dobiti sredstva od Zavoda ako ordinacija zaposli administratora). Medicinska sestra radi na nekoliko radilišta , previjanja, vađenje krvi , injekcije, EKG , KMAT , inhalacije , savjetovanja s kroničarima te bi zapošljavanje administratora bilo za dobrobit pacijenata jer bi smo radili posao za koji smo školovani mi kao liječnici a isto tako i medicinske sestre. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom , kongresima i predavanjima . Mladi netom diplomirani liječnici su kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, ali isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju i smatram da ide na štetu pacijentima.

307	<p>Specijalistička pedijatrijska ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>Poštovani, Kao predsjednica HDPSP u ime Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju predlažem da se unese u zakonski okvir pitanje odbijanja cjepiva od strane roditelja djece u našoj skrbi. Naime, svakodnevno smo pod pritiskom pravnika navedenih roditelja koji ne žele cijepiti svoje dijete a žele ga upisati u dječji vrtić za koji znamo da je preduvjet procijepljenost djeteta. S druge strane smo pod opterećenjem Ministarstva zdravstva zbog obveze stalnog pritiska na roditelje koji su protiv cijepjenja.. Osnovni problem je da ne postoji službeni, dokumentirani protokol kod odbijanja cijepjenja. Prijedlog primarnih pedijatarata je da se na razini Ministarstva osnuje Povjerenstvo na koje će se upućivati roditelji takve djece, a članovi Povjerenstva će se baviti tim bitnim pitanjima. Nama pedijatrima u PZZ takav način rada ostavio bi više vremena da se posvetimo pacijentima, manje stresa i sukobljavanja s roditeljima i bez prijetećih pisma od strane njihovog odvjetnika.Takav način rada provodi se u Republici Sloveniji i sve dobro funkcioniira. Zadovoljni i roditelji i pedijatri.Slijedom toga potrebno je razraditi novi formular za upis djeteta u vrtić i u predškolski program.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
308	<p>Lucija Nevena Barišić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ
Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o
priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni
se članci bave opisivanjem pojma osnovnog
medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5
500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja
koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim
nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće
vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na
kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje
znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja
bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih
činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje
strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih
osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja
čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;
odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i
postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i
tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta
profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom
razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u
bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak
25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom
medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve
navedene vještine te ima pravo pristupanja
specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje
specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva
se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao
dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom
kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz
osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina
jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi
spektar znanja i vještina, kompetencije stečene
tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti
relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi
se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.
Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu
edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine
već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji
pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim
nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim
liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza
studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u
svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno
opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim
preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom
pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju
vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e.
Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom
jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već
naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano.
Također, medicinski su interesi mladih liječnika
izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve
edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna
medicinska struka sa svojim kurikulumom
specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za
samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.
a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno
educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina,
isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa
specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno
položili specijalistički ispit te se kontinuirano
usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu
pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet
zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih

istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

309 **Zara Gumzej**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu

pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

310 **Vlahović Grupa d.o.o.**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI
 Poštovani, Vlahović grupa podnosi komentar u ime međunarodne asocijacije Plasma Protein Therapeutics Association (PPTA). PPTA je globalno udruženje koje predstavlja proizvođače lijekova dobivenih iz plazme i prikupljatelje plazme za frakcioniranje (izvorna plazma). Europski ogranak udruženja okuplja više od 150 centara za donaciju plazme, dok članovi PPTA proizvode približno 60% lijekova iz plazme proizvedenih u Europi. PPTA je postojan u svojoj misiji promicanja pristupa pacijenata sigurnim, kvalitetnim i učinkovitim lijekovima iz plazme kao i njihovoj dostupnosti. Naša je misija podići svijest o vrijednosti lijekova dobivenih iz ljudske plazme i rastućoj globalnoj potrebi za plazmom kao i poticati prikupljanje visokokvalitetne plazme od zdravih darivatelja. PPTA je prema donositeljima političkih odluka na razini EU-a zagovarao rješenja koja mogu poboljšati pouzdanu dostupnost plazme i unaprijediti razumijevanje ekosustava plazme, budući da lijekovi iz plazme mogu nastati samo iz ljudske plazme koju doniraju predani dobrovoljni darivatelji. Ovim podneskom u sklopu javnog savjetovanja o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

zdravstvenoj zaštiti, PPTA poziva kreatore politika u Hrvatskoj i cijeloj EU da osiguraju održiviji ekosustav za prikupljanje plazme koji će rezultirati nacionalnom, a potom i EU samodostatnošću u prikupljanju plazme. Ovo je posebno važno jer je u globalnom kontekstu deficit plazme posebno akutan u EU. Danas oko 38% plazme koja se u Europi koristi za proizvodnju lijekova iz plazme dolazi iz SAD-a. Jaz između raspoložive plazme za proizvodnju ovih životno važnih lijekova i potreba pacijenata vidljiv je i u Hrvatskoj. Republika Hrvatska raspolaže samo onom količinom plazme koja se dobije iz darovane pune krvi, a koja se ne iskoristi za potrebe transfuzije. Prema dostupnim podacima, u prosjeku je to oko 22.000 litara godišnje, što čini 40% samodostatnosti u lijekovima iz plazme pri sadašnjoj razini potrošnje, prvenstveno albumina i imunoglobulina (IVIG) kao glavnih nositelja potrošnje lijekova iz plazme. Ostatak potrošnje (60%) pokriva se uvozom lijekova proizvedenih iz plazme davatelja izvan populacije domicilnih davatelja. U nadolazećem desetljeću europske će se zemlje suočiti s povećanom potrebom za lijekovima iz plazme za liječenje svojih pacijenata od niza rijetkih bolesti i kritičnih zdravstvenih stanja. Dok potražnja za krvnim pripravcima za transfuzijske potrebe ostaje relativno stabilna, istraživanje Europske komisije (2014.) pokazuje da potražnja za derivatima plazme raste po stopi od oko 6% godišnje. S obzirom na to, ključno je osigurati stabilno i održivo prikupljanje plazme u svim državama članicama EU-a. Općenito, ni u jednoj zemlji svijeta ukupna potražnja za plazmom ne može se zadovoljiti samo s plazmom izdvojenom iz darovane krvi. Zato su novi pristupi darivanju plazme usmjereni na prelazak s isključivo javnog sustava prikupljanja na model koegzistencije javne i privatne mreže darivanja. U ovom modelu, donacije u postojećim nacionalnim transfuzijskim službama nadopunjuju se plazmom danom izravno u mreži privatnih centara za darivanje plazme. Nedavno su predsjedništvo Vijeća EU-a i Odbor za europska pitanja češkog parlamenta pozvali druge države članice EU-a da prošire prikupljanje plazme uz kompenzaciju donatora i poduzmu potrebne korake kako bi osigurali samodostatnost EU-a. U EU samodostatnost u količini plazme u odnosu na potrebe pacijenata postignuta je samo u zemljama koje su omogućile koegzistenciju javnog i privatnog sektora u prikupljanju plazme (putem postupka plazmafereze). To su Austrija, Njemačka, Češka i Mađarska, koje sudjeluju s više od 55% ukupne plazme prikupljene u Europi za proizvodnju lijekova. Ne postoji niti jedna država u Europi koja je postigla samodostatnost, a da plazmu prikuplja isključivo javni sektor. U javnom sektoru se plazmaferezom prikuplja vrlo malo plazme, obično se raspoloživa plazma dobiva izdvajanjem iz darovane krvi. Evaluacija zakonodavstva EU u području krvi, tkiva i stanica koju je provela Europska komisija 2019. godine i koja je temelj za prijedlog nove Uredbe EU (Prijedlog Uredbe o standardima kvalitete i sigurnosti za tvari ljudskog podrijetla namijenjene primjeni kod ljudi) koja će uskoro zamijeniti postojeće Direktive, vrlo jasno adresira ovaj problem (str. 54-55): „Svi dionici (javni, privatni, prikupljatelji krvi i plazme i

proizvođači lijekova dobivenih iz plazme) prepoznaju ovu ovisnost i ukazuju na važan rizik za kontinuitet opskrbe ako dođe do prekida opskrbe iz SAD-a. Situaciju naglašavaju dionici, u kontekstu stalno rastuće globalne potražnje za ovim proizvodima, posebno imunoglobulinima. Američka FDA nedavno je izrazila zabrinutost u vezi s povećanom potražnjom i nestašicom imunoglobulina u SAD-u što bi moglo pogoršati utjecaj ovisnosti EU o toj regiji. Ovo je pitanje također izazvalo zabrinutost u Europskom parlamentu, gdje Odbor ENVI raspravlja o aktu koji je predložila skupina eurozastupnika iz svih stranaka, a koji poziva Komisiju da revidira zakonodavstvo o krvi kako bi se pozabavila dostatnošću plazme.” Iako predložene izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti proizlaze iz Preporuka Vijeća EU za Hrvatsku, te su kao takve ugrađene u Nacionalni program reformi za 2022. godinu, te iako je zakonodavna procedura za donošenje nove Uredbe EU u tijeku, Hrvatska već sada ima priliku iskoristiti trenutne zakonske izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti kako bi postavila temelje otpornijeg i poboljšanog sustava prikupljanja plazme koji će rezultirati samodostatnošću nacionalne plazme i lijekova iz plazme. Budući da Zakon o zdravstvenoj zaštiti propisuje da je u Republici Hrvatskoj prikupljanje plazme kao krvnog sastojka u isključivoj nadležnosti javnih transfuzijskih službi, tj. Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu i jedinica transfuzijske medicine u bolnicama (čl. 135. st. 1. i 3.), te budući da isti sadrži sveobuhvatnu definiciju transfuzijske djelatnosti (čl. 135. st. 2.), koju mogu obavljati samo zdravstveni zavodi (čl. 36. st. 2.), niti jedan drugi subjekt ne može obavljati prikupljanje plazme za frakcioniranje. Stoga je izmjena članka 135. nužna kako bi se drugim subjektima omogućilo prikupljanje plazme, ne za transfuziju već u svrhu frakcioniranja u lijekove iz plazme. Kao polazište za izmjenu čl. 135 st. 2. treba uzeti razlikovnu definiciju između plazme za transfuziju i one koja se koristi kao početni biološki materijal za proizvodnju lijekova dobivenih iz plazme. To je u skladu s prijedlogom Uredbe EU o standardima kvalitete i sigurnosti za tvari ljudskog podrijetla namijenjene primjeni kod ljudi (2022/0216), koja u čl. 3. st. 68., 69. i 70. uvodi takvu razliku: (68) „plazma za transfuziju” znači plazma izdvojena iz pune krvi ili dobivena aferezom za potrebe transfuzije primatelju; (69) „plazma za frakcioniranje” znači plazma dobivena iz pune krvi ili aferezom i upotrijebljena kao polazni materijal za proizvodnju lijekova iz krvne plazme; (70) „afereza” znači postupak kojim se određeni krvni sastojak ili vrsta matičnih stanica izdvaja iz pune krvi tijekom darivanja, čime se omogućuje da se preostali krvni sastojci odmah vrate darivatelju. Također, Europska farmakopeja (Ph. Eu.), koja je zakonski obvezujuća, u monografu 0853 definira plazmu za frakcioniranje kao: „...tekući dio ljudske krvi koji ostaje nakon odvajanja staničnih elemenata iz krvi sakupljen u posudu koja sadrži antikoagulans, ili odvojen kontinuiranom filtracijom ili centrifugiranjem antikoagulirane krvi u postupku afereze; namijenjen je za proizvodnju proizvoda dobivenih iz plazme”. [1] Na temelju ovog razlikovanja potrebno je redefinirati

da transfuzijska djelatnost iz čl. 135. st. 2. obuhvaća prikupljanje krvi i krvnih sastojaka te njihovu preradu za transfuziju, te bi se time prikupljanje plazme za frakcioniranje isključilo iz definicije transfuzijske djelatnosti jer ona i nije dio transfuzijskih aktivnosti, niti se plazma prikupljena u svrhe proizvodnje lijekova iz plazme koristi za potrebe transfuzije. Budući da se prema čl. 147 Zakona o zdravstvenoj zaštiti trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti ne može osnovati za obavljanje djelatnosti, između ostalih, i zdravstvenih zavoda, izuzimanje djelatnosti prikupljanja plazme za frakcioniranje iz definicije transfuzijske djelatnosti omogućit će da trgovačko društvo može obavljati tu zdravstvenu djelatnost, dakako pod posebnim uvjetima koje treba propisati. Nadalje, unutar Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti mogao bi se unijeti novi članak kojim bi se definiralo prikupljanje plazme za frakcioniranje u lijekove kao poseban dio zdravstvene djelatnosti koju, osim transfuzijskih centara, mogu obavljati i druge pravne osobe (trgovačko društvo i ustanova koja obavlja zdravstvenu djelatnost) uz suglasnost ministra zdravstva. Primjeri navedenih zemalja koje su omogućile model koegzistencije u prikupljanju plazme, daju nam za pravo vjerovati da Hrvatska može biti primjer uspješnog, održivog i uravnoteženog sustava koji zadovoljava potrebe pacijenata za spasonosnim lijekovima iz plazme proizvedenim iz plazme domicilnih darivatelja i u kojem se, paralelno, sustav dobrovoljnog darivanja krvi može dodatno osnažiti. PPTA će rado pružiti i podijeliti svoje iskustvo i znanje s hrvatskim zakonodavcem za postizanje tog cilja.

311 **Hrvatski savez za rijetke bolesti
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA
PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI
ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE
DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI**
Predlažemo da se Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti urede i dodatna pitanja s ciljem postizanja: 1) Sigurnosti opskrbe hrvatskih pacijenata lijekovima iz ljudske plazme proizvedenim iz plazme dobrovoljnih davatelja iz domicilne populacije 2) Nacionalne samodostatnosti u prikupljenim količinama ljudske plazme za proizvodnju lijekova iz plazme 3) Adekvatne dostupnosti lijekova iz ljudske plazme za sve pacijente, vodeći računa o najoptimalnijim mogućnostima kliničkog liječenja 4) Uspješnih, održivih i uravnoteženih sustava dobrovoljnog darivanja krvi i dobrovoljnog darivanja plazme koji će u potpunosti zadovoljavati transfuzijske potrebe pacijenata za krvnim pripravcima te za lijekovima iz plazme U Hrvatskoj su životi nekoliko stotina djece i odraslih s dijagnosticiranom primarnom imunodeficijencijom praktički od rođenja ovisni o učestalom primanju lijekova iz ljudske plazme. Uz njih, još je znatno veći broj pacijenata sa sekundarnim imunodeficijencijama, uzrokovanim raznim stanjima, bolestima ili infekcijama koje negativno utječu na imunološki sustav ili nastaju kao

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

posljedica komplikacija liječenja drugih bolesti i stanja (tumori, autoimune bolesti, transplantacije) koji također primaju lijekove iz plazme. Među njima su najčešći imunoglobulini. Lijekovi iz plazme spašavaju živote i omogućuju život teško oboljelima. Poznato je da je plazma domicilnih davatelja, radi prisutnosti prirodnih antitijela nastalih kao odgovor na lokalno prisutne patogene, u prednosti s obzirom na sastav u odnosu na plazmu populacija iz drugih dijelova svijeta. Međutim, u Europi se oko 40% potreba za plazmom zadovoljava uvozom, uglavnom iz SAD-a. U Republici Hrvatskoj se oko 60% potreba za lijekovima iz plazme zadovoljava uvozom gotovih lijekova iz plazme nedomicilne populacije. Nedavno je i Europska unija osvijestila potrebu za razvojem strateške autonomije te potiče države članice na razvoj programa koji će rezultirati nacionalnom samodostatnošću. Pacijenti u Hrvatskoj su svjesni da humanost naše populacije iskazana kroz dobrovoljno davanje krvi u velikoj mjeri njima omogućuje da u konačnici prime životno važan lijek. Međutim, količine dostupne plazme za preradu u lijekove koje preostanu iz dobrovoljne darovane krvi niti u jednoj zemlji svijeta nisu dovoljne za osiguranje dovoljnih količina lijekova iz plazme. Uz to, projekcije ukazuju da bi Europa već sada trebala povećati prikupljanje plazme za čak 67% u kako bi osigurala samodostatnost u trenutnoj potrošnji imunoglobulina, a koja radi poboljšane dijagnostike i širenje indikacija primjene kontinuirano raste. Primjeri srednjoeuropskih zemalja koje već niz godina uspješno provode programe zasebnog prikupljanja plazme koji rezultiraju dovoljnim količinama domicilne plazme i lijekova iz plazme za vlastitu populaciju mogu biti putokaz Republici Hrvatskoj u pronalaženju adekvatnog modela, imajući u vidu potrebe naših pacijenata i za krvnim pripravcima i lijekovima iz plazme. Stoga u potpunosti podržavamo prijedloge koje je u sklopu ovog javnog savjetovanja iznijela Protein Plasma Therapeutics Association (PPTA), a čiji je cilj izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti omogućiti provođenje dediceranih programa plazmafereze za prikupljanje plazme za frakcionaciju kako bi se ostvarila nacionalna samodostatnost u plazmi kao kritičnom i nezamjenjivom biološkom materijalu, a posljedično osigurala adekvatne količine lijekova iz plazme domicilne populacije za hrvatske pacijente.

- 312 **Udruga PID**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI
 Poštovani, Predlažemo da se Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti urede i dodatna pitanja s ciljem postizanja: 1) Sigurnosti opskrbe hrvatskih pacijenata lijekovima iz ljudske plazme proizvedenim iz plazme dobrovoljnih davatelja iz domicilne populacije 2) Nacionalne samodostatnosti u prikupljenim količinama ljudske plazme za proizvodnju lijekova iz plazme 3) Adekvatne dostupnosti lijekova iz ljudske plazme za

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

sve pacijente, vodeći računa o najoptimalnijim mogućnostima kliničkog liječenja 4) Uspješnih, održivih i uravnoteženih sustava dobrovoljnog darivanja krvi i dobrovoljnog darivanja plazme koji će u potpunosti zadovoljavati transfuzijske potrebe pacijenata za krvnim pripravcima te za lijekovima iz plazme U Hrvatskoj su životi nekoliko stotina djece i odraslih s dijagnosticiranom primarnom imunodeficijencijom praktički od rođenja ovisni o učestalom primanju lijekova iz ljudske plazme. Uz njih, još je znatno veći broj pacijenata sa sekundarnim imunodeficijencijama, uzrokovanim raznim stanjima, bolestima ili infekcijama koje negativno utječu na imunološki sustav ili nastaju kao posljedica komplikacija liječenja drugih bolesti i stanja (tumori, autoimune bolesti, transplantacije) koji također primaju lijekove iz plazme. Među njima su najčešći imunoglobulini. Lijekovi iz plazme spašavaju živote i omogućuju život teško oboljelima. Poznato je da je plazma domicilnih davatelja, radi prisutnosti prirodnih antitijela nastalih kao odgovor na lokalno prisutne patogene, u prednosti s obzirom na sastav u odnosu na plazmu populacija iz drugih dijelova svijeta. Međutim, u Europi se oko 40% potreba za plazmom zadovoljava uvozom, uglavnom iz SAD-a. U Republici Hrvatskoj se oko 60% potreba za lijekovima iz plazme zadovoljava uvozom gotovih lijekova iz plazme nedomicilne populacije. Nedavno je i Europska unija osvijestila potrebu za razvojem strateške autonomije te potiče države članice na razvoj programa koji će rezultirati nacionalnom samodostatnošću. Pacijenti u Hrvatskoj su svjesni da humanost naše populacije iskazana kroz dobrovoljno davanje krvi u velikoj mjeri njima omogućuje da u konačnici prime životno važan lijek. Međutim, količine dostupne plazme za preradu u lijekove koje preostanu iz dobrovoljne darovane krvi niti u jednoj zemlji svijeta nisu dovoljne za osiguranje dovoljnih količina lijekova iz plazme. Uz to, projekcije ukazuju da bi Europa već sada trebala povećati prikupljanje plazme za čak 67% u kako bi osigurala samodostatnost u trenutnoj potrošnji imunoglobulina, a koja radi poboljšane dijagnostike i širenje indikacija primjene kontinuirano raste. Primjeri srednjoeuropskih zemalja koje već niz godina uspješno provode programe zasebnog prikupljanja plazme koji rezultiraju dovoljnim količinama domicilne plazme i lijekova iz plazme za vlastitu populaciju mogu biti putokaz Republici Hrvatskoj u pronalaženju adekvatnog modela, imajući u vidu potrebe naših pacijenata i za krvnim pripravcima i lijekovima iz plazme. Stoga u potpunosti podržavamo prijedloge koje je u sklopu ovog javnog savjetovanja iznijela Protein Plasma Therapeutics Association (PPTA), a čiji je cilj izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti omogućiti provođenje dediceranih programa plazmafereze za prikupljanje plazme za frakcionaciju kako bi se ostvarila nacionalna samodostatnost u plazmi kao kritičnom i nezamjenjivom biološkom materijalu, a posljedično osigurala adekvatne količine lijekova iz plazme domicilne populacije za hrvatske pacijente. S poštovanjem, prim.dr. Jadranka Kelečić, dr.med.

313 **Katarina Bogdanović**

Primljeno na znanje

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Poštovani, U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom

Primljeno na znanje.

kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje

<p>mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl. S poštovanjem, Katarina</p>	
<p>314 Dom zdravlja Nova Gradska NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Poštovani, članak 102 st.2., mijenja se i glasi: Na području ,područne samouprave i Grada Zagreba ,osniva se jedan dom zdravlja. Podržavamo Zakon,uz decidirane i postupne korake spajanja,te analize troškova istog.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>315 Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Predlažemo da se i dodatna pitanja urede Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (dalje u tekstu: Zakon). I. Posebno predlažemo da se Zakonom dodatno propiše bolja zdravstvena skrb za studente jer samo zdravi studenti mogu ispunjavati svoje studentske obveze. Posljedično će se time omogućiti i brži završetak studijskih programa te popunjavanje deficitarnih zanimanja u Republici Hrvatskoj na dobrobit pacijenata. Stoga predlažemo sljedeće: U članku 10. stavku 1. podstavku 1. Zakona iza riječi: „odgoja stanovništva“ predlažemo da se dodaju riječi: „s ciljem povećanja zdravstvene pismenosti“; iza podstavka 6. predlaže se dodati novi podstavak 7. koji bi glasio: „– zdravstvenu zaštitu redovitih studenata sukladno posebnim zakonima kojima se uređuje visoko obrazovanje i obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj.“ U članku 35. stavku 1. Zakona riječi: „nastavnih ustanova“, predlažemo zamijeniti riječima: „javnih fakulteta“. U članku 41. stavku 2. Zakona iza riječi: „obavljati“ predlažemo dodati riječi: „fakulteti zdravstvenog usmjerenja“. U članku 45. stavku 1. Zakona predlaže se dodati nova rečenica koja bi glasila: „Javni fakulteti zdravstvenog usmjerenja ulaze u mrežu javne zdravstvene službe za potrebe zdravstvene zaštite studenata“. U članku 127. Zakona predlaže se izmjena stavka 1. na način da glasi: „Visoko učilište zdravstvenog usmjerenja može u skladu s posebnim zakonom kojim se uređuje područje visokog obrazovanja osnovati unutarne organizacijske cjeline u kojima se može obavljati zdravstvena djelatnost za potrebe nastave, znanosti te zdravstvene zaštite studenata na primarnoj i specijalističko-konzilijarnoj razini“. Predlaže se dodati novi stavak 4. koji bi glasio: „Visoko učilište iz stavka</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1. ovog članka može provoditi specifične mjere zdravstvene zaštite studenata u mreži javne zdravstvene službe.“ II. Predlažemo da se izmjenom članka 124. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, po uzoru na druge države članice Europske unije, dodatno uvedu odredbe o sveučilišnoj bolnici i drukčije upravljanje istom, o izvođenju nastave u inozemstvu te unutarnja organizacija u nastavnim bazama. U članku 124. Zakona predlaže se izmijeniti stavak 1. na način da glasi: „Ministarstvo nadležno za obrazovanje može kliničkoj ustanovi, sukladno zakonu kojim se uređuje visoko obrazovanje, na prijedlog javnog visokog učilišta zdravstvenog usmjerenja dodijeliti naziv sveučilišna bolnica“. Predlaže se dodati novi stavak 4. koji bi glasio: „Sveučilišnom bolnicom upravlja upravno vijeće u kojemu, iznimno od članka 83. stavaka 2. i 3. ovog Zakona, najmanje 1/3 broja članova čine predstavnici visokog učilišta koje izvodi nastavu u kliničkoj ustanovi“. Predlažemo da se u članku 125. stavku 2. Zakona riječi: „kliničkog bolničkog centra, kliničke bolnice odnosno klinike“ zamijene riječima: „visokog učilišta zdravstvenog usmjerenja“. Iza stavka 3. predlažemo dodati novi stavak 4. koji bi glasio: „Visoko učilište zdravstvenog usmjerenja može izvoditi dijelove kliničke nastave u zdravstvenim ustanovama u inozemstvu uz prethodnu suglasnost ministra i na temelju sklopljenog ugovora“. U članku 48. stavku 1. Zakona iza riječi: „u ordinacijama“ predlažu se dodati riječi: „koje mogu uključiti i medicinski laboratorij“. U stavku 1. predlaže se dodati rečenica koja bi glasila: „Zdravstveni radnik koji nije doktor medicine ili doktor dentalne medicine, a obavlja samostalno privatnu praksu u medicinskom laboratoriju može samostalno izraditi i izdati samo analitički dio laboratorijskog nalaza.“ U stavku 2. dodati drugu rečenicu koja bi glasila: „Ordinacija privatne prakse može uključivati i vlastiti medicinski laboratorij“. U članku 100. stavku 2. Zakona riječ: „ili“ zamijeniti riječju: „i“. U stavku 3. na kraju rečenice predlažu se dodati riječi: „centri i laboratoriji“. U članku 101. stavku 1. Zakona na kraju rečenice predlažu se dodati riječi: „centri i laboratoriji“. U članku 121. Zakona predlaže se izmjena stavka 1. tako da glasi : „U kliničkim ustanovama izvodi se klinička nastava sveučilišnih i stručnih studija te obrazovni programi koji se temelje na načelima cjeloživotnog učenja.“ III. Predlažemo da se pitanja zapošljavanja zdravstvenih radnika u trgovačkim društvima osnovanih za obavljanje zdravstvene zaštite usklade s odredbama općih propisa o radu te važećom sudskom praksom. Odredba članka 147. stavka 3. Zakona je nejasna i dovodi do interpretativnog zaključka da trgovačko društvo ne mora zapošljavati radnike već ih angažirati honorarno na temelju ugovora o djelu. Odredba da se u trgovačkim društvima zdravstvenim radnicima za njihov rad isplaćuju honorari na temelju ugovora o djelu u suprotnosti je s važećom sudskom praksom i postupanjima inspekcije rada. Primjer sudske prakse je npr. stav Visokog prekršajnog suda, broj: GŽ-1985/16. koji glasi: „Nije sporno da je doktrina postavila jasna razgraničenja između ugovora o radu, čije karakteristike su precizno definirane Zakonom o radu te ugovora o djelu, čije, pak,

karakteristike su precizno definirane Zakonom o obveznim odnosima. Naime, ugovorom o djelu izvođač poslova obvezuje se za naručitelja obaviti određeno djelo, a naručitelj se za to obvezuje isplatiti izvođaču određenu naknadu, dok se temeljem ugovora o radu radniku isplaćuje plaća, koja se utvrđuje ugovorom i isplaćuje se najmanje jednom mjesečno. Nadalje, rad po ugovoru od djelu smatra se samostalnim radom jer poslovni rizik leži na izvoditelju, dok se rad u radnom odnosu smatra nesamostalnim radom jer su organizacija rada i poslovni rizik na poslodavcu. Kod ugovora o radu mora se naznačiti dan otpočinjanja rada, odnosno očekivano trajanje ugovora za slučaj rada na određeno vrijeme, a kod ugovora o djelu rok izvršenja djela može biti sastavni dio ugovora, a ako nije ugovoreno vremensko trajanje onda je to vrijeme koje je razumno potrebno za izvršenje djela. Nadalje, izvođač kod ugovora o djelu radi u pravilu samostalno pridržavajući se pravila struke, a naručitelj može davati upute, dok je zaposlenik u radnom odnosu subordiniran poslodavcu, te radi po njegovim uputama i pod nadzorom. Predmet ugovora o djelu je rad uz naknadu za drugoga, dok je predmet ugovora o radu radna snaga koja se poslodavcu stavlja na raspolaganje - rad u službi drugoga. Temeljem ugovora o djelu izvoditelj uglavnom radi na vlastitim sredstvima rada i u vlastitom prostoru, dok temeljem ugovora o radu poslodavac osigurava uvjete za siguran rad u skladu s posebnim zakonom i drugim propisima jer radnik rad obavlja na sredstvima poslodavca i u njegovom prostoru. Nesporno je da se ugovor o djelu može sklapati za obavljanje posla koji se javlja periodično ili povremeno, no ograničenja za sklapanje takvog ugovora proizlaze iz Zakona o radu kao općeg propisa radnog prava prema kojem je uvijek kada radnik obavlja određene poslove za poslodavca, riječ o radnom odnosu, pri čemu je potpuno irelevantno kako su same ugovorne strane ugovorni odnos nazvale. Svrha Zakona o radu je zaštita prava radnika, u pravilu slabije strane, pa propis treba tumačiti imajući u vidu zaštitnu funkciju radnog zakonodavstva u korist radnika. Iz navedenog proizlazi da se onaj rad koji podrazumijeva rad u službi drugoga u kojem su organizacija rada i poslovni rizik na poslodavcu u određenom radnom vremenu, u uvjetima rada koje u skladu s posebnim zakonom i drugim propisima osigurava poslodavac, koji se radi po uputama i pod nadzorom, ima smatrati radom u radnom odnosu.

- 316 **Valentin Žagar**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI
U potpunosti se podržavam prijedloge koje je naveo KoHOM. Iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali:

- 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navršenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navršenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu.
- 2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obavezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može

pokrenuti upravni spor.” Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno “pred izumiranjem” kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishođenja suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: “(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.” Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije. 4/ Ukidanje “kažnjavanja” specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: “Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona“. Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?! 5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.” Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb”. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlorabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika. 6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.” Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna

praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: "Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji." Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi: "Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka." Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak.

317 **IGOR PETROVSKI**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA
PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI
ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE
DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

1. Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći Iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK

(<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizirana obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navrše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navršениh 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navršениh 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. 2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno "pred izumiranjem" kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishoda suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti." Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije. 4/ Ukidanje "kažnjavanja" specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže

ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona“.

Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?! 5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika. 6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na

mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: "Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost." na način da glasi kako slijedi: "7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona." Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: "Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji." Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi: "Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka." Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je

još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak.

2. Komentar na članak 1. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo.

3. Komentar na članak 12. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19

ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvediv. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira. 4. Komentar na članak 25. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim

odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??! 5. Komentar na članak 43. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već

smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". 6. Komentar na članak 50. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Prije svega KoHOM ističe da ova odredba koja regulira prelazak domskih liječnika u privatnu praksu praktički ostaje bez ikakvog učinka, s obzirom na prijedlog za izmjenu članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se daje ovlast osnivačima domova zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite te na taj način onemogućiti bilo kojeg domskog liječnika u ostvarivanju svojih prava iz ovog članka zakona. Dakle, bez obzira, da li domski liječnik ima godinu dana staža (što je uvjet po postojećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) ili pet godina radnog staža po ovom prijedlogu, ishod u slučaju traženja prelaska u privatnu praksu će biti isti, negativan, iz jednostavnog razloga što domovi zdravlja više neće biti limitirani po broju timova u pojedinoj djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Izmjenom ove odredbe i odredbe članka 103. st. 4. liječnicima se ostavlja izbor, ili nastavak rad u domovima zdravlja ili odlazak u inozemstvo, a strahujemo da će potonja opcija biti sve učestalija. Brojke o mladim liječnicima koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja što će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. U prilog našim navodima iznosimo još jednom statističke podatke HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) Isto tako KoHOM predlaže dopuniti ovu odredbu novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb,„ Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.

318 **Marina Lemaic**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

članak 1. Predloženim zakonom želi se urediti obveza svakog zdravstvenog radnika pružanje hitne medicinske pomoći svakoj osobi..... Navedena odredba je potpuno suvišna i neosnovana, budući da je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći jasno uređena. Ovakvo navedena odredba je potpuno nejasna, nedorečena i postavlja se pitanje: tko je ovlašten tražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? svaka osoba? koje su to iznimne situacije-dali se time misli i nedostatak medicinskog kadra u hitnoj pomoći? Pa da se zadaci prebace na liječnika opće medicine, kao što su prebačena cijepjenja jer epidemiolozi nisu stigli ili su bili umorni(a LOM i SOM kao nije opterećen i svojim poslom pa mu se natura posao drugih . Što znači "izvan radnog mjesta"? da li je to pružanje HMP na ulici, u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, u čije vrijeme? Da li to podrazumijeva i pružanje HMP izvan radnog mjesta ,a u radno vrijeme? Tko će onda raditi i biti odgovoran za zbijanja u ambulanti za vrijeme izbijanja liječnika? ako je izvan radnog vremena, krši se Ugovor o radu, nepoštivanje slobodnog vremena i odmora. Ovakva mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad HMP je nedopustiva , a s obzirom na preopterećenost liječnika obiteljske medicine u praksi neizvediva. 2. Nadalje, :zdravstveni radnici privatne prakse obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela/ili nadležnog Doma zdravlja sudjelovati u radu posebnih organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite. Ne slažem se . Naime, Privatni, sudjeluju u radu COVID 19 ambulante, sudjeluju u posebnim dežurstvima, stoga dodatna obveza na rad u posebnim ordinacijama nije izvediva. navedeno odredbom bi privatni zdravstveni djelatnici bili podčinjeni domu zdravlja, imali bi isti status kao i zaposlenici doma zdravlja (a uz veće obveze, jer uz posao u ambulanti moraju voditi i pravne i ekonomske knjige i svu ostalu administraciju kao privatnici kao i nabavku) zdravstveni radnici uz već postojeće obveze . Dostupnost zdravstvene zaštite je već sad potpuna i dostatna, Svaki zahtjev za dodatnim obvezama, dovest će do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom , i ujedno do kršenja Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. I da ne spominjem da privatni zdravstveni radnici nisu roboti i da moraju i jesti i spavati i odmarati se, a osim toga imaju i odgovornost prema obitelji i pružati adekvatnu skrb i negu istoj. Također ,treba brisati prijedlog da dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe- ovime se opet podčinjava privatni zdravstveni djelatnik, i daje mu se mogućnost da privatnog zdravstvenog djelatnik može koristiti kad i gdje dom zdravlja želi. to je nedopustivo, jer privatni zdravstveni djelatnik sam osigurava zamjenu za vrijeme izbijanja, dakle i dom zdravlja neka osigurava zamjenu unutar djelatnika doma zdravlja. nadalje, potrebno je ukinuti obvezu mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike, odnosno trebalo bi navesti da stvara Ugovor između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno

	<p>Grada Zagreba , kojim će se definirati prava i obveze oko mrtvozorstva. Jer uz sve moguće obvezekoje su nametnute privatnim zdravstvenim radnicima postavlja se pitanje kršenja odredbi Zakona o radu-korištenje dnevnog i tjednog odmora .Dakle, ugovor treba sklapati na dobrovoljnoj bazi, ane postaviti ga kao obvezu.</p>	
319	<p>Vitomir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Višegodišnjim odricanjem i izdvajanjem iz svojih plaća i mirovina u Gradu Karlovcu je samodoprinosom izgrađena i opremljena Opća bolnica Karlovac, kao i velik broj ambulanti u gradu i prigradskim sredinama.Takav slučaj nije bio u mnogim drugim sredinama. Zato je logično da stanovnici/osiguranici u Karlovcu i sličnim drugim sredinama dobiju određene benefite (popust na dopunsko zdravstveno osiguranje) za ono što su ranije uložili a danas je vidljivo i ne zahtjeva nova ulaganja sredstava države.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
320	<p>Miroslav Mađarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Lektura: ne piše se "sa Hrvatskim" nego "s Hrvatskim". ""sa" dolazi samo prije "s", "š", "z" i "ž", ovdje i drugdje u tekstu!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
321	<p>Davorka Martinković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK (http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu.

2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor." Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijena ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno "pred izumiranjem" kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada

slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishoda suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: "(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obavezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti."

Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije.

4/ Ukidanje "kažnjavanja" specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: "Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona".

Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za

specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?! 5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.” Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb”. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlorabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika. 6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi: “7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.” Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija

prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: "Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji." Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi: "Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka." Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak

322 **UDRUGA DENTALNIH TEHNIČARA REPUBLIKE HRVATSKE**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Podržavamo uvođenje načela kvalitete i osuvremenjivanja zdravstvenih postupaka koji bi trebali naći primjenu i značaj u dentalnoj zdravstvenoj zaštiti koja ne prati standarde usluga, postupaka i materijala koji se primjenjuju u EU. U Hrvatskoj još uvijek postoje ugovorene usluge koje se više ne rade a služe samo za malverzacije u ordinacijama dentalne medicine. Revitalizacijom dentalnih laboratorija u DZ-a, dentalni tehničari se

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

napokon vraćaju od kuda su protjerani. Dentalni laboratoriji unutar DZ-a će biti jako značajni za bržu, bolju i učinkovitiju uslugu pacijentima u ostvarivanju prava na dentalna pomagala (sve na jednom mjestu). To će biti od velikog značaja na slabo naseljenim, depriviranim i potpomognutim područjima gdje su stariji i bolesniji pacijenti u sve većoj prometnoj izolaciji. Povratkom dentalnih laboratorija u DZ-a, mora se uvesti dentalne tehničare u Mrežu javne zdravstvene službe za primarnu razinu zdravstvene djelatnosti. Riječ je o preko 2000 djelatnika koji odrađuju stamilijunske iznose fondovskih usluga plaćenih radnim nalogima. Uvođenjem u Mrežu JZS uvidjela bi se nelogičnost, nepravilnost i potplaćenost njihovih usluga, ali i dovelo do uvođenja reda u kaos koji vlada u struci. Iako je dentalno pomagalo 4/5 rad, materijal i ulaganje dentalnih tehničara, oni dobiju samo 1/4 fondovske cijene (damping cijena) za pomagalo, a ostatak ide na nerad, nered i u džepove doktora dentalne medicine. Ovakvo plaćanje protetskih pomagala je dovelo do nemogućnosti pružanja kvalitetnih nadomjestaka, a žrtve su pacijenti. U cijelu dentalnu zdravstvenu zaštitu i u ovaj segment usluga se mora uvesti red, raščistiti sve nepravilnosti i malverzacije, jer ako se to ne dogodi, stotine milijuna kn. poreznih obveznika su bačen novac, a pacijenti i dalje ostaju žrtve. Bez boljeg vrednovanja rada dentalnog tehničara, kontrole, standardizacije usluga, proizvoda i uvođenja sankcija, loša i pogubna dentalna politika u RH neće prestati i nestati, već će se i dalje nastaviti. HKDM je idejni kreator (a MIZ i HZZO joj drže "skale") loše i pogubne dentalne politike koja nas je rezultatima dovela na samo dno među ostalim zemljama članicama EU. Samo Bugarska ima gore stanje oralnog zdravlja od RH. Komora je protuzakonito izbacila dentalne tehničare iz tima; iz zdravstvenog sustava; proglasila izvantimskim zdravstvenim suradnicima; bacila ih na tržište rada s neopremljenim laboratorijima; ostavila ih bez radnih, ljudskih i moralnih prava; uvela monopol nad dentalnim tehničarima; prisilno ih uvela u komoru bez suglasnosti baze; uvela dentalnim tehničarima damping cijenu za protetska pomagala i time direktno utjecala na upitnost kvalitete pomagala; dovela do uskrate, ukidanja i kršenja prava pacijentima na usluge; stotine tisuća dentalnih pomagala otela pacijentima, a za to pripadajuća sredstva prebacila u zaradu i bogaćenje doktora dentalne medicine; uskratila djeci (pogotovo siromašnoj)prava na ortodontske aparate; omogućila pljačku poreznih obveznika, pacijeneta i zdravstvenog proračuna. Zbog svega navedenog tražimo ovom Izmjenom i dopunom Zakona o ZZ izlazak iz HKDM i pravo na osnivanje vlastite komore. Tražimo izmjenu Čl.239 zakona o ZZ - uvođenjem nove Komore dentalnih tehničara - strukovne organizacije sa statusom pravne osobe. Odgovor Ministra izv. prof. dr.sc. Vili Beroša (12.svibnja 2020.g) Udruzi dentalnih tehničara RH na zahtjev (od 13.siječnja 2020.g.) - " Nastavno na dio Vaše predstavke koja se odnosi na izlazak dentalnih tehničara iz HKDM i osnivanju zasebne komore obavještavamo vas da, s obzirom na činjenicu kako

<p>komora dentalnih tehničara nije predviđena Zakonom o ZZ (NN 100/18, 125/19) , isto se ne može riješiti bez prethodne promjene naprijed navedenog zakona". Gospodo, sad je prilika i vrijeme da se donese promjena koju tražimo i na koju imamo pravo. Tražimo izmjenu Čl. 240 Zakona o ZZ brisanjem obveznog članstva u komorama i uvođenje dragovoljnog. Komore se trebaju financirati na tržišnim osnovama i borbom za svoje članstvo, (a ne protiv njega) privlačiti članove a njihov rad i troškovi trebaju biti javni, transparentni i podložni provjeri.</p>	
<p>323 Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Zaključno, smatramo nužnim i pozdravljamo navedenu reformu zdravstvenog sustava, ali uz sve navedeno, ponovno naglašavamo kako smatramo da prijenos osnivačkih prava i centralizacija sustava neće promijeniti ključne probleme zdravstvenog sustava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>324 Hrvatsko društvo za medicinsku fiziku NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Poštovani, U skladu s navedenim ciljevima ovih izmjena i dopuna, Hrvatsko društvo za medicinsku fiziku (HDMF) predlaže: - Donošenje Zakona o djelatnosti medicinske fizike - Osnivanje Komore medicinskih fizičara - Donošenje Pravilnika o specijalističkom usavršavanju iz medicinske fizike - Uvrštenje specijalizacije iz medicinske fizike u Nacionalni plan specijalističkog usavršavanja za razdoblje 2025-2029 Nedefiniranje medicinske fizike kao zdravstvene djelatnosti te nepostojanje specijalizacije iz medicinske fizike veliki je problem hrvatskog zdravstva. U ovom trenutku u hrvatskom zdravstvu (javnom i privatnom) radi više od 70 medicinskih fizičara, a s obzirom na nagli porast broja novoboljelih od malignih bolesti te skoro nabavku više od 20 linearnih akceleratora, osnivanja novih radioterapijskih centara i sve većeg ulaska medicinskih fizičara u područje dijagnostičke i intervencijske radiologije i nuklearne medicine, taj će broj porasti vjerojatno iznad 100. Pozdravljamo dopunu Zakona uvođenjem načela kvalitete u zdravstveni sustav te naglašavamo kako je djelatnost medicinske fizike, između ostalog, posvećena upravo osiguranju i kontroli kvalitete medicinskih uređaja i postupaka vezanih uz rad s ionizirajućim zračenjem. Time medicinski fizičari kao zdravstveni djelatnici uvelike utječu na kvalitetu zdravstvene zaštite, posebice u dijagnostičkoj i intervencijskoj radiologiji, nuklearnoj medicini i radioterapiji. Međutim, medicinska fizika još uvijek nije definirana kao zdravstvena djelatnost odgovarajućim Zakonom o djelatnosti medicinske fizike kojim bi se uredila načela, način organiziranja i provođenja djelatnosti</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

medicinske fizike, kao dijela zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku. Isto tako, u RH još uvijek ne postoji specijalizacija iz medicinske fizike. Napominjemo da je Republika Hrvatska jedna od zadnjih članica EU u kojoj taj problem nije riješen. Čak i neke zemlje koje nisu članice EU, primjerice, Srbija i BiH, imaju uvedenu specijalizaciju iz medicinske fizike. Praktične posljedice su da u zdravstvenom sustavu imamo medicinske fizičare za koje ne postoji formalni program specijalističkog usavršavanja, čija edukacija je neobavezna i volontaristička, čija znanja, vještine i kompetencije nisu provjerene specijalističkim ispitom, a koji sudjeluju u terapijskim, dijagnostičkim i intervencijskim postupcima koji se provode na pacijentima (primjerice, planiranje radioterapije). S druge strane, medicinski fizičari su priznati Zakonom o zdravstvoj zaštiti kao zdravstveni radnici, dok djelatnost medicinske fizike nije priznata kao zdravstvena djelatnost, što je nonsens. Nepostojanje specijalističke edukacije značajno povećava vjerojatnost za neželjene pogreške i incidente u radu s pacijentima, s mogućim posljedicama na zdravlje pacijenata te negativno utječe na kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga koje su bazirane na primjeni ionizirajućeg zračenja (radioterapija, radiologija, nuklearna medicina). U Republici Hrvatskoj, koja je članica Međunarodne agencije za atomsku energiju (engl. International Atomic Energy Agency, IAEA), provedena je 2015. i IRRS misija iz IAEA-e (INTEGRATED REGULATORY REVIEW SERVICE (IRRS) MISSION TO THE REPUBLIC OF CROATIA). IRRS misija obuhvatila je i Ministarstvo zdravstva, a u nalazu misije, između ostalog, stoji: "Furthermore, there is no specialization in medical physics and insufficient provisions regarding the responsibilities of medical physicists. Medical physicists play an essential role in patient protection from undue exposure and in the reduction of patients' doses, especially in the high risk activities such as radiotherapy, nuclear medicine and interventional radiology." "Unfortunately, there is no specialization in medical physics and no recognition of this profession at a national level." "Observation: There is no specialization in medical physics, and the IRRS team has been informed that there are not enough medical physicists available in Croatia to implement the radioprotection of patients consistent with the requirements of the IAEA. In addition, the responsibilities of medical physicists, as set in GSR Part 3, are not fully defined in the Croatian regulations.# "Recommendation: The Government should recognize medical physicists as a profession at a national level and develop specialization in medical physics with objective to ensure the radiation protection of patients." 2019. godine IAEA je IRRS follow-up misijom (također obuhvaćeno i Ministarstvo zdravstva) provela i praćenje provedbe zaključaka iz IRRS misije 2015. Nažalost, uz slične zaključke: „Croatia needs to take further actions to continue its efforts to establish the criteria for the qualification and recognition of medical physicists.“ Također, niz je i ostalih međunarodnih dokumenata, direktiva i preporuka (primjerice IAEA, European Federation of Organisations for Medical Physics - EFOMP ,

International Organization for Medical Physics - IOMP, EU komisija), koje reguliraju ulogu medicinskih fizičara i snažno preporučuju uvođenje specijalističke edukacije iz medicinske fizike. Prema tim preporukama, potrebno specijalističko usavršavanje medicinskog fizičara obuhvaća završavanje sveučilišnog poslijediplomskog specijalističkog studija medicinske fizike (primjerice, u trajanju 2 godine) kao dijela formalnog, strukturiranog, akreditiranog i mentoriranog programa specijalizacije (engl. residency) iz kliničke medicinske fizike (primjerice, u trajanju 4 godine). Po uspješnom završetku toga programa, položenom specijalističkom ispitu, slijedi izdavanje uvjerenja o položenom spec. ispitu i certificiranje (registracija/licenciranje) medicinskog fizičara od strane odgovarajućeg tijela (primjerice, Komore medicinskih fizičara). Možemo se na kraju zapitati: Bismo li htjeli da nas operira kirurg koji nema specijalističko obrazovanje i čije kompetencije i znanje nisu provjerene specijalističkim ispitom? - Zsigurno, ne. A bismo li htjeli da plan radioterapijskog zračenja za naše onkološko liječenje izrađuje medicinski fizičar, čije kompetencije i znanje nisu provjerene specijalističkim ispitom? - Zsigurno ne, međutim, to je ono što u ovom trenutku u hrvatskom zdravstvu imamo. S poštovanjem Hrvatsko društvo za medicinsku fiziku Email adresa: crompa.crompa@gmail.com Bijenička cesta 32, Zagreb

325 **Pravobranitelj za djecu RH**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI
Poštovani, Povodom objavljenog e-savjetovanja o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno člancima 9. i 11. Zakona o pravobranitelju za djecu preporučamo slijedeće. Kod propisivanja zdravstvene zaštite potrebno je posebnu pozornost posvetiti pravu djeteta na najvišu razinu zdravlja jamčenu Konvencijom o pravima djeteta. Potrebno je omogućiti svakom djetetu u Hrvatskoj zaštitu tjelesnog, mentalnog i socijalnog zdravlja, te mu osigurati dostupnu, redovitu i besplatnu zdravstvenu zaštitu. Pristup zdravstvenim uslugama posebno je važan djeci u riziku, djeci s teškoćama u razvoju, djeci koja žive u uvjetima siromaštva, onoj koja žive u izoliranim područjima. Potrebno je stoga organizirati mrežu zdravstvenih ustanova, zdravstvenih stručnjaka, mobilnih timova i zdravstvenih usluga na način da budu teritorijalno (regionalno) dostupne svakom djetetu, i u izoliranim područjima kao što su primjerice otoci, brdska područja, prometno nedostupna područja, slabije razvijenim područjima. Naime, trenutno nije zadovoljavajuća regionalna dostupnost zdravstvenih usluga djeci. Upoznati smo s brojnim situacijama u kojima djetetu s teškoćama u razvoju ili koje živi u uvjetima siromaštva (i obitelj ne posjeduje automobil) nije dostupna zdravstvena zaštita. Da bi redovita i

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

pravovremena zdravstvena zaštita bila dostupna svakom djetetu potrebno je također osigurati i dovoljan broj zdravstvenih stručnjaka. Pri tome od velike pomoći mogu biti mobilni timovi. Prema Unicefovoju Dubinskoju analizi politika, programa, usluga, izvora financiranja te mehanizama usmjerenih suzbijanju siromaštva i socijalne isključenosti djece u Hrvatskoj – „Istraživanja pokazuju kako za oko 50% djece koja odrastaju u siromaštvu u sredini u kojoj žive nije dostupno sedam temeljnih usluga iz područja zdravstvene skrbi (defektolog-rehabilitator, fizijatar, fizioterapeut, dječji psiholog, dječji psihijatar, logoped i okulist)“. Prevencija i rana intervencija uvelike olakšavaju liječenje i povećavaju šanse za ozdravljenje, pa je potrebno predvidjeti i osigurati redovite i česte preventivne preglede vida, sluha, mentalnog zdravlja, dentalnog zdravlja i ostalog. Liste čekanja za liječničke preglede i liječenje su takve da djeci nije moguće osigurati pravovremenu i cjelovitu zdravstvenu zaštitu. Potrebno je osigurati dostupnu zdravstvenu zaštitu svoj djeci te propisati i poduzeti mjere s tim ciljem. Međunarodni dokumenti i politike, među kojima ističemo Preporuku Vijeća EU o uspostavi europskog jamstva za djecu, European Child Guarantee (ECG) zagovaraju besplatnu zdravstvenu zaštitu djece. Iako je u Hrvatskoj zdravstvena zaštita djece besplatna ipak postoje tzv skriveni troškovi koji obiteljima mnoge djece predstavljaju financijski problem, a zdravstvenu zaštitu djeci čine nedostupnom. Ovaj Nacrt prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti predviđa zdravstvenim radnicima, koji su u radnom odnosu u domu zdravlja najmanje posljednjih pet godina i koji ispunjavaju uvjete, prelazak na obavljanje privatne prakse u ordinaciji. Nije jasno znači li to da primjerice sve pedijatrijske ordinacije mogu postati privatne u budućnosti te utječe li to na besplatnost zdravstvene zaštite djeci. U ovom dijelu stoga nedostaje propisana garancija besplatne zdravstvene zaštite djeci. Izuzetno je važno za dobrobit djece, a to je i obveza države u odnosu na Konvenciju UN-a o pravima djece, da država osigura svoj djeci besplatnu, redovitu i cjelovitu zdravstvenu zaštitu te smatramo potrebnim to u ovom propisu i navesti. Kako bi dijete ostvarilo pravo na smještaj roditelja uz dijete tijekom bolničkog liječenja potrebno je osigurati dovoljne smještajne kapacitete zdravstvenih ustanova te je potrebno ovim zakonom propisati obvezu osiguravanja dovoljnih besplatnih smještajnih kapaciteta za roditelje u pojedinoj ustanovi. Naime, trenutno smještaj roditelja ovisi o mogućnostima ustanove pa često djeca ne mogu ostvariti navedeno pravo. Radi zaštite dobrobiti djece potrebno je propisati dodatne zapreke za obavljanje poslova u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom. Potrebno je propisati da poslove u zdravstvenoj djelatnosti koja uključuje rad s djecom ne može obavljati osoba : - pravomoćno osuđena za kaznena djela protiv spolne slobode i spolnog zlostavljanja i iskorištavanja djeteta, trgovanja ljudima, povrede prava djeteta i obiteljsko nasilje, kazneno djelo protiv osobne slobode: prisila i nametljivo ponašanje, - pravomoćno osuđena za prekršaj seksualnog uznemiravanja iz Zakona o ravnopravnosti spolova i

	<p>Zakona o suzbijanju diskriminacije, - kojoj je izrečena zaštitna, sigurnosna mjera ili mjera opreza, - protiv koje je u tijeku kazneni ili prekršajni postupak za kaznena i prekršajna djela navedena u prethodnim točkama. Također smatramo da se odredbama ovog Zakona treba propisati suspenzija djelatnika u slučaju vođenja prekršajnog ili kaznenog postupka koji predstavlja zapreku za rad u zdravstvenoj djelatnosti te obvezu poslodavca da periodično provjerava u kaznenoj evidenciji postojanje zapreka za rad u zdravstvenoj djelatnosti.</p>	
326	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</p> <p>Načelo 16. europskog stupa socijalnih prava donesenog u travnju 2017. utvrđuje da svaka osoba ima pravo pravovremeni pristup kvalitetnoj preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj skrbi po povoljnim cijenama. Pravovremeni pristup znači da svatko može pristupiti zdravstvenoj skrbi kada mu je potrebna, a kvalitetna zdravstvena skrb znači da ona treba biti odgovarajuća, primjerena, sigurna i učinkovita. Svaki građanin RH trebao bi imati jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja. Nejednak pristup zdravstvenoj skrbi dovodi do nejednakosti u zdravstvenim ishodima u društvu. Pravo je pacijenata temeljeno na načelima Ustava RH (dodatno s obzirom na izdvajanja preko 16,5% obveznih doprinosa za zdravstvo osiguranje) na slobodan izbor dostupne i kvalitetne usluge, pa je tako je s njegove perspektive nužno promatrati sustav u cjelini kao jednakovrijedan bez obzira liječi li se u javnom ili privatnom. Fokus mora biti na odabiru najboljeg interesa pacijenta te dostupnoj i kvalitetnoj usluzi, bez obzira u kojem sustavu bila ona pružena. U cilju stvaranja dostupnog i učinkovitog zdravstvenog sustava i podizanja kvalitete potrebno je pokrenuti daljnji razvoj postojećeg modela na način da osiguranici ostvaruju pravo na definirano („košarica“) iz obveznog zdravstvenog osiguranja, koju su slobodni ostvarivati u sustavu po izboru (javno ili privatno). Radi osiguranja jednake dostupnosti, predlaže se uvođenje mogućnosti obavljanja usluge dijagnostike ili drugih vidova liječenja zvan mreže javnog zdravstva uz refundaciju troškova takvih postupaka, čime bi se izravno smanjile liste čekanja. Dodatno, kako bi se prevenirao razvoj bolesti, iako uključen u onaj prijedlog Zakona, nužno je još snažnije potaknuti preventivne dijagnostičke preglede i ranu dijagnostiku kroničnih nezaraznih bolesti koje čine najveći dio mortaliteta i morbiditeta kroz uvođenje obveznih godišnjih pregleda, uz jednaku mogućnost ostvarenja u privatnoj ili javnoj mreži putem sustava vaučera.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

327	<p>STELA Roso Ljulj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI POZDRAV, STELA ROSO LJULJ, DR.MED DZ OSIJEK U PZZ TRENUTNO JE NEIZDRŽIVO I JAKO TEŠKO RADITI,POSTOJI VIŠE RAZLOGA KOJE ĆU NABROJATI -OBAVLJANJE NEMEDICINSKIH POSLOVA TJ PREOPTEREĆNOST ADMINISTRATIVNIH STAVKI A KOJE SU NAM NAMETNUTE OD STRANE HZZO I MISNISTARTRVA ZDRAVSVA KOJE UTJEČU DA SE NE MOŽEMO POSVETITI U POTPUNOSTI RADU SA PACIJENTIMA "MOBBING" od STRANE HZZO, ČESTE KONTROLE BOLOVANJA, PROPISIVANJA LIEKOVA KOJE SU PREPORUČILI BOLNIČKI SPACIJALISTI A MI ODGOVORNI ZA SVE RAZNA OČITOVANJA USLIJED SULUDIH I NEOPRAVDANIH PRIJAVA PACIJENATA - BOLOVANJA KOJA PREPORUČUJU I NADALJE BOLNIČKI SPECIJALISTI A MI SMO ODGOVORNI ZA OTVARANJE I ZATVARANJE BOLOVANJA - UKINUTI MONOPOL HZZO ODNOSNO OTVORITI TRŽIŠTE I ZA DRUGE OSIGURAVAJUĆE KUĆE KOJE ŽELE SUDJELOVATI U OSIGURANJU U KAZNENOM ZAKONU LIJEČNIKE TRETIRATI KAO SLUŽBENE OSOBE KAKO BIH #napadači#mogli kazneno odgovarati zbog napada na službenu osobu -SMANJITI BROJ TJ REGULIRATI BROJ BESPLATNIH PREGLEDA PO ISTOJ DIJAGNOZIDAKLE DOSLOVNO PAC DOLAZE KADA IM IZAĐE AKNA NA ČELU JEL MISLITE DA SAM SRETNNA KADA IDEM KUĆI U 21 H NAKON 160 OBAVLJENIH PACIJENATA, ŠTO TELEFON U AMB NE PRESTAJE ZVONITI, ŠTO SO ZATRPANI EMAILOVIMA PACIJENATA, ŠTO MOBITEL NE PRESTAJE ZVONITI, ŠTO NAM NA TELEFON NAREĐUJU DA ĆE NAS PRIJAVITI MINISTRU JER NE IZDAJRMO SUMAMED NA TELEFON...DAKLE NEIZDRŽIVO JE ...SA JEDNE STRANE PRITISAK OD STARNE PAC SA DRUGE STRANE HZZO, DOM ZDRAVLJA -SVAKAKO PUSTITI LIJEČNIKE IZ SUSTAVA DOMA ZDRAVLJA KOJI ŽELE IĆI U PRIVATNIKE RAZLOG POSTOJANJA DOMOVA ZDRAVLJA ??????OGROMNI ADMINISTRATIVNI APARAT SA HRPOM NOVOUPOSLENIH KOJI NEMAJU ŠTA RADITI KOJI OD NAS KONTINUIRANO ZAHTJEVAJU RAZLIČITA OČITOVANJA, IZVJEŠĆA,A NISU U STANJU PRAVILNO NITI VODITI EVIDENCIJU DANA GODIŠNJIH ODMORA, SATNICE RADA...DAKLE PRREUMORNI SMO NEZADOVOLJNI I ISCRPLJENI IPAK JOŠ UVIJEK VJERUJEM DA ĆETE PREPOZNATI NAŠU VAŽNOST I TRUD KOJI ULAZEMO, POZDRAV IZ OSIJEK - O</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
328	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizirana obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali:

1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu.

2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: - ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika - dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti - dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih

osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim aktima Zavoda - dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.” Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno “pred izumiranjem” kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishođenja suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: “(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.” Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije. 4/ Ukidanje “kažnjavanja” specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: “Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnjuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona“. Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka

ne odnosi se na specijalista koji otkaže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?!

5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“ Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.

6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu

samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi:
“7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.“
Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike
Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: “Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji.”
Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi:
“Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka.”
Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog

	<p>posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak.</p>	
329	<p>Senka Martinović Galijašević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Ovim člankom nije definirano tko sve može od zdravstvenog radnika zatražiti pružanje hitne medicinske pomoći, na koje vremensko razdoblje i na kojem radnom mjestu, odnosno koliko udaljenom od redovitog radnog mjesta zdravstvenog radnika te uz koju naknadu, kao ni koje su to iznimne okolnosti pa predložimo jasnije definirati obvezu pružanja hitne medicinske pomoći.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
330	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Kao što su mnogi kolege već rekli, nedovoljno jasno definirano tko bi trebao zatražiti od zdravstvenog radnika intervenciju te što znači obavezna pružanja hitne pomoći izvan radnoga mjesta. Nejasna definicija dozvoljava paradoksalne situacije gdje je po ovom zakonu liječnik dužan pružati hitnu medicinsku pomoć, dok ga s druge strane ne štiti od posljedica za zdravlje svojih pacijenata ako napusti svoje radno mjesto u vrijeme pružanja dane pomoći.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
331	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisanje članka 1 koji se odnosi na novi članak 5.a. Članak je nejasno definiran i nedorečen. Koje su to iznimne situacije, na koji vremenski period, koliko je zdravstveni radnik maksimalno udaljen od svog radnog mjesta, odnosi li se na pružanje pomoći u drugim (zdravstvenim) ustanovama, tko može od zdravstvenog djelatnika dodatno zatražiti pružanje hitne pomoći i na kojoj lokaciji? Osim toga, pružanje hitne pomoći već je određeno prema Zakonu o liječništvu. Tko će biti odgovoran za pacijente koji zbog odsustva liječnika ne dobiju medicinsku skrb (čija potreba također može biti hitna)?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
332	<p>Klara Kuzman NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisanje odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena je odredba preopćenita, nejasno definirana i podložna brojnim manipulacijama.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

333	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Člankom 1. Zakona za sve zdravstvene radnike, u okviru njihovih kompetencija, uvodi se obveza pružanja hitne medicinske pomoći svakoj osobi kojoj je to potrebno, i izvan njihova radnog mjesta, ako se to od njih zatraži u iznimnim situacijama. Iako smo svjesni važnosti učinkovitog djelovanja sustava hitne medicine, o čijoj pravovremenosti ovise zdravlje i životi građana, prisutan je dojam da bi dežurstva liječnika primarne zdravstvene zaštite na hitnim prijemima uzurpiralo njihovu kontinuiranu dostupnost u ordinacijama. Isto tako, ovim člankom nije definirano tko sve može od zdravstvenog radnika zatražiti pružanje hitne medicinske pomoći, na koje vremensko razdoblje i na kojem radnom mjestu, odnosno koliko udaljenom od redovitog radnog mjesta zdravstvenog radnika te uz koju naknadu, kao ni koje su to iznimne okolnosti pa predlažemo jasnije definirati obvezu pružanja hitne medicinske pomoći</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
334	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. HLK ukazuje da nije vidljivo koja je svrha i što se želi postići uvrštavanjem dodatne odredbe članka 5.a. u Zakon o zdravstvenoj zaštiti (dalje u tekstu: ZZZ) budući da je obveza pružanja hitne medicinske pomoći već regulirana brojnim drugim propisima.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
335	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlaže se brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5.a. koji glasi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Nejasno je koje su to iznimne situacije te tko će biti odgovoran za pacijente koji zbog odsustva liječnika radi predloženog članka ne dobiju adekvatnu medicinsku skrb (koja isto može biti hitna).</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
336	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlaže se brisanje članak 5a. Nedorečenost članka omogućuje manipulaciju liječnicima i potencijalno stvaranje okvira da se svakog liječnika stavi na raspored u neki oblik hitne službe. Pružanje hitne medicinske pomoći svakom čovjeku već je regulirano Zakonom o liječništvu i isto nije potrebno ponavljati u ovom Zakonu osim ako se ne otvara mogućnost potencijalnim manipulacijama i zloupotrebi na štetu liječnika.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

337	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Pružanje hitne medicinske pomoći svakom čovjeku već je regulirano Zakonom o liječništvu i isto nije potrebno ponavljati u ovom zakonu strogim definiranjem nečega što se smatra normalnim postupanjem svakog čovjeka a pogotovo zdravstvenog radnika otvara mogućnost potencijalnim manipulacijama i zloupotrebi na štetu liječnika. Kako bi tada bila definirana obaveza rada u ambulanti opće /obiteljske medicine ako bi dispečer HMP-a zatražio izlazak na teren liječnikaznači li to da je takav izlazak opravdan prema HZZO -u .Tko će tada doći u ambulantu odraditi zaostke,zbrinuti pacijente.Može li tada ravnatelj,primjerice DZ-a zatražiti nadoknadu u vidu rad lječnika sa HMP-a u ordinaciji obiteljske ili se i nadalje podrazumjeva da bi liječnici obiteljske trebali šutke odrađivati sve pa čak i bez tapšanja po ramenu i trpiti mobing od strane nadležnog ministarstva? Da li je to politika stvaranja poticajnog okružeje i privlačenja mladih u PZZ?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
338	<p>Ana Srnović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisati novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedeni članak je nedefiniran i općenit, a najviše od svega ostavlja veliku mogućnost manipulacije "nadređenih".</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
339	<p>ivana šmit NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članak 5a HUBOL smatra da ovaj članak treba u potpunosti izbrisati. Nedorečenost članka omogućuje manipulaciju liječnicima i potencijalno stvaranje okvira da se svakog liječnika stavi na raspored u neki oblik hitne službe. Pružanje hitne medicinske pomoći svakom čovjeku već je regulirano Zakonom o liječništvu i isto nije potrebno ponavljati u ovom Zakonu osim ako se ne otvara mogućnost potencijalnim manipulacijama i zloupotrebi na štetu liječnika.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

340	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 1. je besmislen i treba ga obrisati. Svaki zdravstveni radnik već ima obavezu pružiti neodgodivu hitnu pomoć (kako smo uostalom vidjeli na primjeru ministra kada je upucan policajac pred Saborom koliko se poštuje Zakon o liječništvu) Nadalje, članak je nedefiniran i stoga dodatno besmislen. Tko će tražiti radnika? Što će ga tražiti? Tko će pokrivati radnika na radnom mjestu koje obavlja? Organizirajte hitnu službu kako spada pa nećete morati predlagati ovako glupe članke zakona da bi štitili nerad HZHM nauštrb svih ostalih dionika zdravstvenog sustava.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
341	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 1. je besmislen i treba ga obrisati. Svaki zdravstveni radnik već ima obavezu pružiti neodgodivu hitnu pomoć (kako smo uostalom vidjeli na primjeru ministra kada je upucan policajac pred Saborom koliko se poštuje Zakon o liječništvu) Nadalje, članak je nedefiniran i stoga dodatno besmislen. Tko će tražiti radnika? Što će ga tražiti? Tko će pokrivati radnika na radnom mjestu koje obavlja? Organizirajte hitnu službu kako spada pa nećete morati predlagati ovako glupe članke zakona da bi štitili nerad HZHM nauštrb svih ostalih dionika zdravstvenog sustava.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

342 **MAJA ČERINA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1.
Potpisujem prijedlog kolegice Nataše Ban Toskić. Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Navedena odredba je potpuno suvišna jer već postoji zakonska obveza pružanja hitne medicinske pomoći, dovoljno jasno i nedvosmisleno propisuje, kao i Zakonom o liječništvu. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći? Loša organizacija, bolovanja ili godišnji odmori u HMP? Nedovršena reforma HMP? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili korištenje svog osobnog vozila te odlazak dalje od svoje ordinacije? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Tko će , potom, zbrinuti sve one pacijente koji ostaju čekati u čekaonici te u kojem radnom vremenu? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Problem hitne medicinske pomoći potrebno je riješiti pravom i potpuno funkcionalnom reformom HMP, a ne prebacivanjem problema HMP na druge dijelove sustava. Skraćeno: tko, kada, zašto ima pravo zatražiti od koga točno, kada točno, što točno, a da se isključi unos potpunog kaosa u organizaciju zdravstvenog sustava. Ostaje jak dojam da se radi o pokušaju neograničenog pritiska i manipulacije sa zdravstvenim radnicima, prvenstveno obiteljske medicine, a kojih ima 5x manje nego svih ostalih liječnika i med. sestara/tehničara

Djelomično prihvaćen
Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.

343	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba nije jasna niti je uređeno pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
344	<p>Nives Radošević Quadranti NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prilično općenita i nedefinirana te ostavlja niz otvorenih pitanja: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Koje su to "iznimne situacije"? Što znači "izvan radnog mjesta"? Ova odredba ostavlja široku mogućnost tumačenja te se stječe dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je, s obzirom na preopterećenost rada liječnika jednostavno u praksi neizvedivo, a za pacijente potencijalno opasno.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
345	<p>ANA MARIJA BREBRIĆ DOMITROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Odredba je suviše općenita i njome nije točno definirano treba li zdravstveni radnik primjerice napustiti svoje radno mjesto radi pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnoga mjesta i kakve su posljedice za zdravstvenog radnika ako u isto vrijeme na njegovo radno mjesto dođe druga osoba kojoj je potrebna hitna medicinska pomoć. Također nije definirano koja ustanova ima pravo i koga i u koje vrijeme eventualno pozvati da obavlja takvu djelatnost.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

346	<p>BORNA ŠARIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članak je nedefiniran. Slažem se s komentarima kolega.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
347	<p>Adrijana Tomas NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Što je točno predlagatelj mislio ovim člankom – hoće li kardiolog ili dermatolog biti povučeni sa svojih radilišta da bi odradili poslove HMP? Ili će se navedeno odnositi samo na obiteljske liječnike prema već uhodanoj praksi kad nemaš kome prebaci posao obiteljskom liječniku. Kad će zdravstvenoj administraciji postati jasno da su obiteljski liječnici već toliko prenapregnuti da svako dalje rastezanje dovodi do pucanja, a potpuni slom odlaskom 1/3 u mirovinu u idućih nekoliko godina tek prijeti? Koliko je sredstava utrošeno na reformu hitne medicinske pomoći da biste se sada dosjetili da vam poslove hitne medicine obavljaju obiteljski liječnici? Čime će to rezultirati? Jeste li konzultirali ikoga od struke jer obiteljske liječnike zasigurno niste.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
348	<p>Suzana Posavčević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Ne vidim smisao ovakvoj formulaciji novog članka 5.a. Do sada je bilo točno definirano tko pruža hitnu medicinsku pomoć, a sada se otvara niz pitanja radi nedefiniranosti istog. Tko to može zatražiti pružanje hitne medicinske pomoći- pojedinac, institucije, HMP, DZ, županija, MIZ...Jesmo li za vrijeme radnog vremena dužni izlaziti iz ambulanti po pozivu? Koje su posljedice ako se hitni slučaj za to vrijeme dogodi u mojoj ordinaciji? I do sada smo imali slučajeve da HMP nije htjela izlaziti na poziv jer smo bili u smjeni i od nas tražili da izlazimo na teren što nismo smjeli. A sada se bojim da su svima otvorene mogućnosti za još jedan posao nametnut obiteljskom liječniku , a da bi druge službe radile manje.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

349	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Odredba je suviše općenita i njome nije točno definirano treba li zdravstveni radnik primjerice napustiti svoje radno mjesto radi pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnoga mjesta i kakve su posljedice za zdravstvenog radnika ako u isto vrijeme na njegovo radno mjesto dođe druga osoba kojoj je potrebna hitna medicinska pomoć. Također nije definirano koja ustanova ima pravo i koga i u koje vrijeme eventualno pozvati da obavlja takvu djelatnost.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
350	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Predlažem izmjenu navedenog članka kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik, osim ministra zdravstva, ravnatelja HZZO-a, kontrolora HZZO-a, i drugih liječnika u javnoj upravi, da u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta."</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

351	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1.</p> <p>Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
-----	---	---

352	<p>Lidija Gović-Golčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1.</p> <p>Predlažemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: “Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“</p> <p>Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to “iznimne situacije”? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači “izvan radnog mjesta”? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
353	<p>BORIS MEDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1.</p> <p>Treba obrisati čl. 5a. Svi smo po zakonu dužni pružati hitnu medicinsku pomoć. No, isto tako smo odgovorni za pacijente u ambulanti. Nije definirano, tko će procjenjivati potrebu za napuštanjem radnog mjesta, tko će pregledati te pacijente? Što ako se dogodi hitna situacija u ambulanti za vrijeme našeg izbivanja iz iste, tko će tada biti odgovoran? Kada se vratimo u ambulantu, a završilo nam je radno vrijeme, hoćemo li pacijenta poslati kućama? Što će biti u slučaju povrede na radu liječnika ili sestre iz tima koji će napustiti radno mjesto (npr. prometna nesreća), hoće li se priznati? Što je sa reformom HMP? Ima ih sve više zaposlenih (i liječnika i sestara), kada će se riješiti problem sa kompetencijama T2 timova? Koje su to iznimne situacije?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

354	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
355	<p>Helena Pejić Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Svi smo dužni pružiti prvu pomoć u hitnoj situaciji u kojoj se nađemo. Koje su to iznimne situacije da napustim svoje radno mjesto? Tko će tada odraditi moj posao, moje naručene i nenaručene pacijente u ambulanti? Tko će biti odgovoran za hitnog pacijenta koji je došao u ambulantu po pomoć, dok sam ja po "nečijem" zahtjevu, "nedefinirano" dugo odsutna iz ambulante?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
356	<p>Ljiljana Arnautalic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Iz osobnog dugogodišnjeg iskustva LOMa koji je "uskakao" po potrebi u vanbolnicku hitnu samo mogu reći nikad više..</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

357	<p>Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Izričaj novog članka 5a. je nedorečen i ima pravne praznine. Naime, otvaraju se pitanja: tko može zatražiti, koje su to iznimne situacije, kako zdravstveni radnik može napustiti svoje radno mjesto. Stoga se predlaže precizno definiranje ovih okolnosti.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
358	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Ovaj članak je nedorečen i uopće se ne zna na što se odnosi. Svatko je dužan pružiti prvu pomoć u hitnoj situaciji u kojoj se nađe, u okviru svojih kompetencija, bio on zdravstveni djelatnik ili ne, što onda ovo podrazumijeva??</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
359	<p>ANJA VALENTIN JURLINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisanje članka 5.a Članak je nedorečen i podložan manipulacijama i slobodnoj interpretaciji. Po postojećim zakonima svatko je dužan pružiti prvu pomoć. Koje bi to bile „iznimne situacije“? Tko smije zatražiti od liječnika da napusti svoje radno mjesto? Tko preuzima brigu o pacijentima koji su trenutno u mojoj ordinaciji dok ja "na zahtjev" izlazim iz ordinacije i izostajem nedefinirano dugo? Što će se dogoditi ukoliko u isto vrijeme bude i hitno stanje u ambulanti?! Kao liječnica obiteljske medicine, ne želim napuštati svoje radno mjesto tijekom svog radnog vremena i biti odgovorna za ev. propušteni hitni slučaj u ordinaciji u kojoj radim!</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
360	<p>Marija Lukavec NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Clanak 5a se treba obrisati jer ce tako lijecnike OM tjerati da napust svoja mijesta rada i odlaze na poziv HP kad ih nema. A nema ih dovoljno, zato se i zeli ovo uvesti. Na taj nacin se pacijenti u OM lise svog doktora koji je nedje dalje. Kad se vrati, na njega ce se obrusiti pacijenti nezadovoljni jer a nema i jos ce morati ostati duze da sve zavrsi,a placen nece biti. Neka svatko radi svoj posao za sto je specializiran, odnosno zaposlen u doticnoj ustanovi.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
361	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Ponovo ne definirano koje su to "iznimne situacije"? Tko to može tražiti od zdravstvenog djelatnika? Svatko? Tko god se sjeti? Tko onda ostaje na mom radnom mjestu i dužan je da zbrinjava moje pacijente,ako ja moram napustiti svoje radno mjesto?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

362	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Posve promašen članak osim ako je želja zakonodavca unijeti još više nejasnoća u ovaj već gotovo posve nejasan "sustav". Da li se to očekuje da svaki zdravstveni radnik bude poput mini HMP tima? Govori se o zdravstvenom radniku, pojedincu. Ako se misli na sve što bi svaki vozač morao znati jer je to polagao onda ne vidim svrhu ovog članka. Tko zatraži? Neka služba ili neka osoba/civil? Tko preuzima brigu o pacijentima koji su trenutno u mojoj ordinaciji dok ja "na zahtjev" izlazim iz ordinacije i izostajem nedefinirano dugo? Da li je to obavljanje medicinske prakse "izvan ugovorenih kapaciteta" - kako se kasnije u zakonu navodi? Brisati, u svakom slučaju brisati ovaj članak.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
363	<p>Ante Mazalin NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Sramotan je način na koji je ovaj članak pisan te kao takav uopće ne bi trebao postojati. Koje su to iznimne situacije i tko bi od zdravstvenog radnika to trebao zatražiti? Kao liječnik primarne zdravstvene zaštite, ne želim napuštati svoje radno mjesto tijekom svog radnog vremena i biti odgovoran za eventualnu propušteni hitni slučaj u vlastitoj ordinaciji.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
364	<p>JELENA BULJAT MIKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Odredba članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti je potpuno apsurdna i sklona različitim tumačenjima, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

365	<p>Mirjana Petrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članak 5 a potpuno nedorečen i sklon manipulaciji plus nametnuti izbor zbog neuspješne organizacije hitne medicinske pomoći. Ako sam izabrala raditi kao liječnik obiteljske medicine očito je da nisam izabrala biti liječnik hitne medicinske pomoći. 1. "ako se to od njega zatraži" - drugim riječima ako nemate organiziranu mrežu HMP na tom području 2. "i izvan svog radnog mjesta" - otvara se pitanje odsustva s ugovorenog radnog mjesta, nedostupnost izabranog LOM za svoje pacijente, problem neželjenih događaja tijekom njegovog odsustva i njegova odgovornost, pitanje mogućih ozljeda na radu tijekom odsustva s radnog mjesta ,zaostalih obaveza u samoj ambulanti od tog dana koje bi ga dočekale. I najvažnije s ovim dodatnim obavezama se neće nikoga privući da radi u obiteljskoj medicini,a krpanje rupa sa obaveznim radom netom diplomiranih liječnika u OM kroz jednu godinu će generirati mnoštvo troškova zdravstvenom sustavu.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
366	<p>Ana Klir Klasić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Naravno da je svaki zdravstveni djelatnik samim polaganjem Hipokratove zakletve dužan svakoj osobi u bilo kojem trenutku i na bilo kojem mjestu pružiti hitnu medicinsku pomoć, no ono na što se ovdje vjerojatno referira je da se tijekom radnog vremena liječnik fizički uputi na lokaciju gdje je pacijenta zadesilo hitno stanje. Prevedeno, kada lokalna HMP nije dostupna, na teren izlazi liječnik koji je najbliži, dakle osim svoje specijalnosti, svakodnevno bismo bili u obavezi obavljati i djelatnost hitne medicine (na koju da smo se odlučili, bismo se zaposlili u HMP ili upisali specijalizacije iz hitne medicine!). Navedeno ne isključuje situaciju koju već imamo na svojim radnim mjestima, a to je da sve češće hitna stanja imamo i u ambulantomama, ili nam takve pacijente dovode jer HMP ne izlazi na teren. Odlaskom sa svog radnog mjesta se opet s druge strane izlažemo riziku da nam u međuvremenu također u čekaonicu uleti pacijent s hitnim stanjem. Vrlo često pacijenti ni ne nazovu prvo HMP, nego ambulantu obiteljske za pomoć ili savjet, te ih se vrlo često i uputi da nam dođu u ambulantu, i ne, nažalost ne radi se o iznimnim, nego već svakodnevnim situacijama. I nitko od nas ne bježi od istih, nego se trudimo pacijentima pružiti najbolju moguću zdravstvenu uslugu u datom trenutku s opremom koju imamo.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

367	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažem brisanje članka 5.a Članak je nedorečen i podložan manipulacijama i slobodnoj interpretaciji. Što to znači iznimna situacija? Tko smije zatražiti od liječnika da napusti svoje radno mjesto? Što će biti sa pacijentima koji su u ordinaciji na mjestu gdje očekuju da bude liječnik (a on je otišao rješavati iznimnu situaciju). Što to znači Izvan svog radnog mjesta? Da li je to susjedna ulica, 1 kilometar dalje, susjedno selo, grad? Previše nedorečen članak te ga treba obrisati.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
368	<p>Tatjana Polgar Pavošević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Izbrisati članak 5a. Nedorečen je te podloga za manipulaciju. Tko će zamjeniti liječnika u njegovoj ambulanti u tom trenutku? Što će se dogoditi ukoliko u isto vrijeme bude i hitno stanje u ambulanti?!</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
369	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predložemo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obvezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: - Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? - Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? - Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

370	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članka je nedorečen i podložan manipulacijama. Nužno je maknuti ga ili detaljno pojasniti koje su to iznimne situacije, tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoć izvan radnog mjesta, tko je odgovoran u slučaju de se nešto desi pacijentu koji čeka u ordinaciji dok liječnik „rješava iznimnu situaciju“, ukoliko te iznimne situacije budu učestalije kako to objasniti pacijentima koji su nas izabrali, a sad im nismo dostupni....</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
371	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Sa stručne i pravne strane nedopustivi sadržaj jer: 1. "ako se to od njega zatraži" - nije specificirano tko to smije zatražiti !? 2. "i izvan svog radnog mjesta" - otvara se pitanje odsustva s ugovorenog radnog mjesta, nedostupnost izabranog LOM za svoje pacijente, problem neželjenih događaja tijekom njegovog odsustva i njegova odgovornost, pitanje mogućih ozljeda na radu tijekom odsustva s radnog mjesta ? Leonardo Bressan, dr med</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
372	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članak 5 a je sramotan. Svaki zdravstveni radnih, kao i svaki građanin RH obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna. Što znači ovo dodatno uvrštavanje u zakon? Smatram da je to pokušaj da se liječnike ostalih specijalnosti, a prvenstveno liječnike obiteljske medicine preraspodjeljuje na druga radilišta, a prvenstveno na radilišta vanbolničke hitne pomoći. Republika Hrvatska primila je značajna sredstva iz EU za reformu hitne pomoći pa je izvolite dovršiti. Gdje je nestao taj novac i zašto sada želite neuspjelu "reformu" hitne pomoći prebaciti preko leđa ostalih liječnika u sustavu, a prvenstveno liječnika obiteljske medicine koja je ionako kadrovski devastirana. Što će se dogoditi kada napustim radno mjesto da bih izašla na intervenciju koju nije u stanju odraditi vanbolnička hitna, a u mojoj čekaonici se nađe pacijent kojem također treba neodgodiva hitna medicinska pomoć?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

373	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članak 5.a je toliko nedorečen da je upravo sramotno da se takav nalazi u prijedlogu novog Zakona kojim će se navodno pokušati uvesti red i poboljšati organizacija zdravstvene zaštite. Baš suprotno, očekuje nas kaos na terenu, jer se neće znati : a) tko je ovlašten procijeniti stanje kao hitno i narediti liječniku da napusti radno mjesto. b) koje su to "iznimne situacije" - slobodnim tumačenjem gotovo svaka situacija se može proglašiti iznimnom, c) koje su posljedice po liječnika ukoliko ne može/ne želi ostaviti pacijente s kojima trenutno radi, d) koji prostor je obuhvaćen pojmom "izvan radnog mjesta" - neposredna blizina ambulante, 1 km , 10 km, granica općine, županije, države ... ?, e) koliko dugo takvo izbjivanje može trajati, f) čija će biti odgovornost ukoliko se nešto dogodi pacijentima u ambulanti za vrijeme takvog izbjivanja zdravstvenih djelatnika, g) kako će zdravstveni djelatnik zabilježiti svoju intervenciju kad npr. među DTP postupcima za obiteljsku medicinu i dalje ne postoji reanimacija... Pružanje hitne pomoći neposredno ugroženoj osobi je već definirano postojećim Zakonom, no napuštanje radnog mjesta nije opcija, jer je liječnik dužan biti dostupan svojim pacijentima tijekom redovnog radnog vremena. Sudjelovanje zdravstvenih djelatnika u radu vanbolničke hitne pomoći (ako je to ideja ovog članka) može biti samo na dobrovoljnoj bazi, temeljeno na ugovornom odnosu i izvan redovnog radnog vremena. Članak 5.a je neophodno brisati.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
374	<p>Sabina Obradović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članak 5 treba brisati jer kako definirati iznimne situacije ? Svakako je podloga za manipulacije.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
375	<p>Vjera Lovrek NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Problematičan je članak 5a zbog lošeg definiranja iznimnih situacija. Tko je osoba koja može u tim iznimnim situacijama zatražiti pružanje hitne medicinske pomoći? Nije definirano vrijeme u kojem će se pružati hitna medicinska pomoć, ako se to zatraži od liječnika koji je tada na svom radnom mjestu, tko će u tom trenutku zajamčiti njegovim pacijentima adekvatnu zdravstvenu skrb?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
376	<p>Darja Nelken-Bestvina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Brisati članak 5a. Ako smo obavezni pružiti pomoć osobi na ulici i pri tome napustili ordinaciju, znači nismo na svom radnom mjestu i podliježemo kazni. Pogotovo ako naš pacijent za to vrijeme u čekaonici ili ordinaciji treba našu hitnu pomoć! Naravno da je obaveza svakog građanina pomoći unesrećenoj osobi ali to ne podrazumijeva izlazak iz ordinacije</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

377	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predloženi članak 5.a treba brisati. Već je sada zakonski potpuno adekvatno definirana obaveza zdravstvenih radnika u pružanju hitne medicinske pomoći. S druge pak strane ovaj prijedlog otvara brojna pitanja na koja ne nudi odgovore...Koje su to iznimne situacije? Tko ima ovlast zatražiti od zdravstvenog radnika da napusti svoje radno mjesto radi pružanja hitne medicinske pomoći? Tko će preuzeti radilište koje je odlaskom zdravstvenog radnika ostalo upražnjeno i tko će pružiti zdravstvenu pomoć (možda i hitnu!) pacijentima koji je budu tražili na upražnjenom radilištu? Ako bi se ovako predloženi članak 5.a usvojio samo bi unio dodatan kaos u zdravstveni sustav. Kako je prijedlog općenito napisan i potpuno nedefiniran sigurno bi bio podložan različitim interpretacijama. Vrlo brzo bismo počeli primati pozive za odlaske na hitne intervencije kada tako procijeni HMP (jer već i sada pojedini dispečeri od obiteljskih liječnika traže da izađu na intervenciju u kuću svog pacijenta u vrijeme koje je predviđeno za rad s pacijentima u ordinaciji). Nedvojbeno je da bi prihvaćanjem ovog prijedloga najviše bili pogođeni liječnici obiteljske medicine koja je i ovako preopterećena i kadrovski devastirana te joj u slučaju donošenja ovakvih rješenja slijedi neminovni kolaps. Slijedom svega navedenoga predlažem odustajanje od članka 5.a i njegovo brisanje iz konačnog prijedloga.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
378	<p>Juraj Pavlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Članak 5. Normalno je da će svaki ČOVJEK, a ne samo liječnik odraditi sve što može onda kada nekome treba pomoći, ali ovako definirano se otvara jako puno problema, od kojih je jedan taj da liječnik ne smije napuštati svoje mjesto rada jer u slučaju potrebe za nekom hitnom intervencijom pacijenti dolaze u ordinacije jer očekuju da će nas tamo i naći.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
379	<p>Ivana Vidinović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. U članku 5.a je mnogo nedorečenosti i podloga je za manipulaciju te ga treba maknuti.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
380	<p>Andrea Štefić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Ukoliko se mojem pacijentu koji je od moje ordinacije udaljen pola sata vožnje desi hitno stanje imam dojam da će mi dispečer hitne reći da sam prema zakonu dužna otići u kućnu posjetu i izvan vremena predviđenog za istu. Ministar govori o jačanju pzz, a zakon većinom odbija mlade liječnike od rada u OM. Dodatno - prisilom netom diplomiranih studenata da odrađuju 1 g u pzz se to neće riješiti već će uvesti kaos u već devastiranu primarnu zdravstvenu zaštitu.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

381	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1.</p> <p>Maknuti članak 5.a jer je nedorečen i manipulativan. Tko će pregledati i obraditi moje pacijente dok sam ja izvan ambulante i pružam pomoć negdje dalje? Što ako nekome pozli u ambulanti dok mene nema? Tko će odraditi moje pacijente koji su naručeni, a ja sam na drugom radilištu i pružam pomoć? unutar svog radnog vremena pružamo pomoć pacijentima koji nam dođu u ambulantu, a sve izvan radnog vremena i mjesta neka radi HMP što je i u opisu njezinog posla.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
-----	--	--

382 **Nataša Ban Toskić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1.
Predlažem brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je potpuno suvišna jer već postoji zakonska obveza pružanja hitne medicinske pomoći, dovoljno jasno i nedvosmisleno propisuje, kao i Zakonom o liječništvu. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći? Loša organizacija, bolovanja ili godišnji odmori u HMP? Nedovršena reforma HMP? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili korištenje svog osobnog vozila te odlazak dalje od svoje ordinacije? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Tko će , potom, zbrinuti sve one pacijente koji ostaju čekati u čekaonici te u kojem radnom vremenu? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Problem hitne medicinske pomoći potrebno je riješiti pravom i potpuno funkcionalnom reformom HMP, a ne prebacivanjem problema HMP na druge dijelove sustava. Skraćeno: tko, kada, zašto ima pravo zatražiti od koga točno, kada točno, što točno, a da se isključi unos potpunog kaosa u organizaciju zdravstvenog sustava. Ostaje jak dojam da se radi o pokušaju neograničenog pritiska i manipulacije sa zdravstvenim radnicima, prvenstveno obiteljske medicine, a kojih ima 5x manje nego svih ostalih liječnika i med. sestara/tehničara

Djelomično prihvaćen
Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.

383	<p>Dom zdravlja Dr. Ante Franulović Vela Luka NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Nisu definirane iznimne situacije i pojam izvan svog radnog mjesta, čime ovaj članak otvara moguće manipulacije za slanje zdravstvenih radnika koji su u radnom odnosu u domovima zdravlja na rad u ZHM suprotno njihovoj volji. Stoga se predlaže brisanje članka 5a. ili definiranje vidljivih nedoumica vezano za ovaj članak.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
384	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. čl5a brisati. Već je definirano Zakonom o liječništvu i brojnim drugi zakonima. Ovako kako je napisano iznimne situacije se mogu tumačiti na štetu zdravstvenih radnika ali i korisnika.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
385	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Izbrisati članak 5 a. Nedorečen je i podloga je za manipulacije. Po postojećim zakonima svatko je dužan pružiti prvu pomoć. Ako radim u ambulanti i netko me nazove i kaže da ima hitno stanje 5 ulica dalje, znači li to da ja ostavljam svoj kompletni posao u ambulanti i odlazim pružiti prvu pomoć 5 ulica dalje? Tko će odraditi moj posao u ambulanti? Što ako nekome u ambulanti u međuvremenu pozlije, a mene nema?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
386	<p>Dom zdravlja Dubrovnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. Predlažemo brisati članak 5.a. jer će se na taj način pokušati riješiti obvezna "pripreme" obiteljskih liječnika na mjestima gdje HZM nema svog liječnika. U tom slučaju upitna je i ustavnost navedenog članka odnosno zakona.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>

387	<p>Irena Tomić Vrbić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 1. "ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta.“. Pitanje Ako TKO od njega zatraži - definirati !! ? U kojim IZNIMNIM situacijama - definirati !!!? U dosadašnjem zakonu o ZZ već je navedena obaveza zdravstvenog djelatnika (svakog), na svom radnom mjestu , pružiti hitnu medicinsku pomoć . (čl 64) a u članku 5 (4) navodi se kako je SVAKA osoba dužna pružiti prvu pomoć drugooj osobi i omogućiti joj pristup kompetentnima za pružanje hitne pomoći . Dosadašnjim propisima definirane su uloge i ovlasti Vlade RH da u izvanrednim situacijama preraspodjeljuju radnoaktivno stanovništvo sukladno definiranim izvanrednim situacijama , putem Odluke o uvođenju radne obaveze. Stoga držim da je ova nadopuna člankom 5a bespotrebna i otvara mogućnost da svatko netko (formulacija " ako se od njega zatraži ! " / TKO, KADA I ZAŠTO) preusmjeruje zdravstvene djelatnike kako mu se hoće. Stoga prijedlog - brisati čl. 5a</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi specificirana iznimna situacija.</p>
388	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 2. Člancima 2. i 3. Zakona uvodi se i definira načelo kvalitete u sustavu zdravstvene zaštite. Pozdravljamo da se u zakon uvodi ovo načelno, pogotovo uzimajući u obzir pritužbe građana koje zaprimamo, a koje je kao jedno od načela trebalo uvesti i ranijim izmjenama Zakona, obzirom da u ovom sustavu imamo i Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 118/18) koji je na snazi od 1. siječnja 2019.g. i kojim su detaljno definirani pojmovi „kvaliteta zdravstvene zaštite“, „standardi kvalitete zdravstvene zaštite“, „osiguranje kvalitete zdravstvenih postupaka“ kao i brojni drugi pojmovi koji su važni upravo za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite. Dodatno, dodanu riječ u čl. 2. „kvaliteti“ treba napisati u odgovarajućem padežu, odnosno „kvalitete“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

389	<p>HLZ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 2. HD ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU HLZ-a Kako bi se osigurala primjena članka 13. i za osobe s problemima mentalnog zdravlja potrebna je nadopuna vezano za osiguravanje dostupnosti i kvalitete liječenja osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja stoga je u skladu sa smjernicama psihijatrijske struke , također i sa Strateškim okvirom razvoja zaštite mentalnog zdravlja u RH važno je navesti slijedeće: Za osobe s težim poremećajima mentalnog zdravlja koje za svoj oporavak trebaju usluge mobilnog tima tj pružanja skrbi za mentalno zdravlje u kući pacijenta potrebno je osigurati dostupnost mobilnih timova. Uslugu putem mobilnog tima može pružati svaka ustanova koja ima djelatnost zaštite mentalnog zdravlja: dom zdravlja, zavod za javno zdravstvo, specijalne psihijatrijske bolnice, opće bolnice Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju HLZ-a , predsjednica Slađana Štrkalj Ivezić</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
390	<p>Senka Martinović Galijašević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Nažalost osim običnih floskula, nigdje nije objašnjeno kako će se definirati kvaliteta, kako će se nadzirati održavanje iste, kako će se revidirati postupci u praksi koji kvare kvalitetu, što će se učiniti da se ista unaprijedi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
391	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Nažalost osim običnih floskula, nigdje nije objašnjeno kako će se definirati kvaliteta, kako će se nadzirati održavanje iste, kako će se revidirati postupci u praksi koji kvare kvalitetu, što će se učiniti da se ista unaprijedi. Kao što su mnogi kolege već spomenuli, nemoguće pacijentima pružati kvalitetnu skrb kada: - nemamo definiciju kvalitetne prakse na svim razinama zdravstvenog sustava, tj. često svaka "kuća" ili specijalist istom problemu pristupa na oprečan način -nemamo nikakav sustav kontrole kvalitete pružanja zdravstvene skrbi, ne ocjenjuje se niti revidira kvaliteta rada pojedinaca i sustava - tako da niti ne možemo detektirati što bismo mogli bolje a kamo li da to možemo implementirati -često imamo na papiru sve navedene minimalne tehničke uvjete, ali isti fale u praksi i za to nitko ne odgovara, što od manjka kadra do manjka materijala</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
392	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Načelo kvalitete je divna stvar, ali uopće nije jasno tko će kvalitetu i na temelju čega definirati, kako će ju se mjeriti i iskazivati, te tko će biti odgovoran za njenu standardizaciju, mjerenje i kontrolu?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

393	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Člancima 2. i 3. Zakona uvodi se i definira načelo kvalitete u sustavu zdravstvene zaštite. Pozdravljamo da se u zakon uvodi ovo načelno, pogotovo uzimajući u obzir pritužbe građana koje zaprimamo, a koje je kao jedno od načela trebalo uvesti i ranijim izmjenama Zakona, obzirom da u ovom sustavu imamo i Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 118/18) koji je na snazi od 1. siječnja 2019.g. i kojim su detaljno definirani pojmovi „kvaliteta zdravstvene zaštite“, „standardi kvalitete zdravstvene zaštite“, „osiguranje kvalitete zdravstvenih postupaka“ kao i brojni drugi pojmovi koji su važni upravo za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite. Dodatno, dodanu riječ u čl. 2. „kvaliteti“ treba napisati u odgovarajućem padežu, odnosno „kvalitete“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
394	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Tekst članka je općenit i nepotpun. Kvaliteta se definira vremensko kadrovskim normativima i jasno definiranim procesima, ishodima, a i sustavom kontrole.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
395	<p>JELENA BULJAT MIKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Tekst članka je općenit i nepotpun. Kvaliteta se definira vremensko kadrovskim normativima i jasno definiranim procesima, ishodima, a i sustavom kontrole.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
396	<p>ANA MARIJA BREBRIĆ DOMITROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Članak je toliko općenit i nedefiniran da ne vidim uopće razlog da se dodaje u zakon. Postoje normativi koje nitko ne može poštivati, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gdje smo svedeni na radnike na traci, svaki pokušaj liječenja sukladno suvremenim znanstvenim spoznajama u zdravstvenim postupcima (za koji treba vremena) završi sa 10 nezadovoljnih jer njihova potvrda im nije odmah napisana.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
397	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Članak je toliko općenit i nedefiniran da ne vidim uopće razlog da se dodaje u zakon. Postoje normativi koje nitko ne može poštivati, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gdje smo svedeni na radnike na traci, svaki pokušaj liječenja sukladno suvremenim znanstvenim spoznajama u zdravstvenim postupcima (za koji treba vremena) završi sa 10 nezadovoljnih jer njihova potvrda im nije odmah napisana...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

398	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Tekst članka je nepotpun; kvaliteta mora biti definirana vremensko kadrovskim normativima i jasno definiranim procesima, ishodima i sustavom kontrole</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
399	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Tekst članka lijepo zvuči, ali u praksi ne znači praktički ništa. Kako je već spomenuto, najprije donošenje vremensko kadrovskih normativa, potom određivanje parametara kojima će se pratiti procesi i ishodi liječenja, a onda i način praćenja tih parametara. "Suvremene spoznaje" bi prvenstveno trebalo primjeniti na medikamentoznu terapiju i druge terapijske postupke na način da HZZO osigura svu terapiju koja ima dokazanu učinkovitost, umjesto da kalkulira s cijenom koju je spreman platiti, a da razliku plaćaju građani ili zdravstvene ustanove, te da se terapija propisuje sukladno medicinskoj indikaciji, a ne klauzulama HZZO.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
400	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Sukladno načelu jednake dostupnosti zdravstvene usluge potrebno je opis načela kvalitete proširiti sa naznakom: "...“ a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja bez obzira u kojem sustavu se ostvaruju (u sustavu javnog ili privatnog zdravstva).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
401	<p>HGK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Naša članica predlaže jasnije definirati što znači povoljan ishod liječenja i tko ga definira. U skladu s time predlaže na kraju članka 16.a. dodati nove stavke koji glase: "Ishodi liječenja uključuju kliničke mjere uspjeha liječenja poput smrtnosti i preživljenja, udjela komplikacija, te kvalitete života i mjere ishoda prijavljene od strane pacijenta (PROMS, Patient reported outcomes measures i Mjere ishoda iskustva pacijenta (PREMS, Patient experienced outcomes measures) Ishodi liječenja moraju biti standardizirani kako bi se omogućila uspješnost pružene zdravstvene skrbi."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
402	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. U praksi ne znači praktički ništa jer je neizvedivo zbog neadekvatne strukture. Kako je već spomenuto, najprije donošenje vremensko kadrovskih normativa, potom određivanje parametara kojima će se pratiti procesi i ishodi liječenja, a onda i način praćenja tih parametara. Propisivanje sukladno medicinskim indikacijama, a ne klauzulama HZZO.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

403	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Tekst članka lijepo zvuči, ali u praksi ne znači praktički ništa. Kako je već spomenuto, najprije donošenje vremensko kadrovskih normativa, potom određivanje parametara kojima će se pratiti procesi i ishodi liječenja, a onda i način praćenja tih parametara. "Suvremene spoznaje" bi prvenstveno trebalo primijeniti na medikamentoznu terapiju i druge terapijske postupke na način da HZZO osigura svu terapiju koja ima dokazanu učinkovitost, umjesto da kalkulira s cijenom koju je spreman platiti, a da razliku plaćaju građani ili zdravstvene ustanove, te da se terapija propisuje sukladno medicinskoj indikaciji, a ne klauzulama HZZO.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
404	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Tekst članka je nepotpun; kvaliteta mora biti definirana vremensko kadrovskim normativima i jasno definiranim procesima, ishodima i sustavom kontrole</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
405	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. čl 16a brisati ili preformulirati. Kvaliteta u zdravstvu se osigurava točno određenim parametrima za čiju kontrolu je bila zadužena Agencija za kontrolu kvalitete u zdravstvu. Agencija je ukinuta i njene zadatke je preuzelo Ministarstvo zdravstva, te od tada nema nikakvih aktivnosti na području kontrole kvalitete u zdravstvu. Potrebno je prvo ustojiti mehanizme kontrole u zdravstvu da bi se mogla osigurati načela kvalitete.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
406	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Kvaliteta mora obuhvatiti i neke vremenske rokove za provođenje preporučenih postupaka. Ako je nešto potrebno i preporučeno a nije provedeno - to nije kvaliteta. Zašto ne bi uvjetovali provođenje preporučenih postupaka u istoj ustanovi u kojoj je izvršen pregled konzilijarnog SKZ liječnika u nekom jasno definiranom roku (npr. svi UZV, CT i RTG postupci se moraju obaviti u mjesec dana u istoj ili ugovorno-suradnoj ustanovi; ako se to ne izvrši slijede neke sankcije). Zbog defanzivnog pristupa imamo inflaciju besmislenih dijagnostičkih postupaka koji čine najmanje 20% liste čekanja (vjerojatno 50%) a preporučeni su "po protokolu" a bez jasnog cilja i svrhe, odnosno ne očekuje se promjena preporučene terapije bez obzira na nalaz preporučene pretrage. Na taj način bi se ipak prisililo bolnice na neki oblik planiranja čime bi se značajno smanjilo čekanja i liste čekanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

407	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 3. Znači li to napokon algoritme rada u OHBP-u i svim ostalim specijalnostima? Jer danas 3 liječnika iste specijalnosti istu bolest liječe na 3 različita načina...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
408	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 4. Na temelju čega?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
409	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 4. Nejasan je model funkcionalne integracije svih zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti, obzirom je dosadašnje iskustvo pokazalo da se liječnici specijalisti nisu spremni zapošljavati u domovima zdravlja zbog značajne razlike u plaćama, te da se bolnički liječnici teško odlučuju na dopunski rad u domovima zdravlja, te ukoliko se i odluče to bude uz visoke naknade koje poskupljuju rad specijalističke ambulante.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
410	<p>Senka Martinović Galijašević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Nedopustivo je da određivanje medicinski prihvatljivog vremena određuje ministar umjesto stručnih društava kroz krovni Hrvatski Liječnički zbor !</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
411	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Nedopustivo je da se o tako važnoj temi dozvoljava politička samovolja jedne osobe, a ne da se jasno definira kako stručna društva i udruge moraju biti aktivno uključene u propisivanje toga pravilnika</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
412	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. To mogu raditi samo stručna društva na temelju smjernica liječenja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

413	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5.</p> <p>Člankom 5. Zakona uređuje se da će se pravilnikom propisati način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite što svakako pozdravljamo obzirom da su liste čekanja za preglede i specijalističko-dijagnostičke postupke dugi niz godina prisutne, a za donošenje ovog pravilnika davali smo preporuke u godišnjim izvješćima pučke pravobraniteljice za 2016., 2017. i 2018. g. Isto tako, s obzirom na već spomenute ciljeve NPOO vezane uz zdravstvo koji se odnose na unaprjeđenje učinkovitosti, kvalitete i dostupnosti zdravstvenog sustava te imajući na umu definiciju pravilnika kao provedbenog propisa kojim se razrađuju pojedine odredbe zakona radi njihove lakše provedbe, smatramo da bi postupke/način/mehanizme/pravila kojima će se građanima osigurati pristup zdravstvenoj zaštiti u medicinski prihvatljivom vremenu trebalo na načelnoj razini definirati samim Zakonom dok bi se pravilnikom ti mehanizmi dodatno razradili. Također, ukoliko još ne postoje, smatramo da bi za osiguravanje pristupa zdravstvenoj zaštiti u medicinski prihvatljivom roku trebale postojati jasne i nedvosmislene smjernice o tome što se smatra medicinski prihvatljivim rokom za pojedine vrste zdravstvene zaštite, a što se svakako može propisati navedenim pravilnikom te isto odmah i ovom prilikom predložemo imati u vidu pri izradi pravilnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

414	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5.</p> <p>U navedenom članku predlaže se dopuna čl. 22. ZZZ-a na način da se predviđa kako će se „način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite“ propisati posebnim pravilnikom kojeg će donijeti ministar zdravstva. Nejasno je zašto je navedena odredba uvrštena u čl. 22. ZZZ koji zapravo uređuje postupak donošenja plana i programa mjera zdravstvene zaštite, kao dokumenta na temelju kojeg se provode mjere zdravstvene zaštite. Smatramo primjerenijim tu materiju regulirati u zasebnom članku, npr. čl. 22.a. ZZZ-a. Ukazujemo i kako je nejasno kakav će biti odnos novopredloženog pravilnika u ZZZ-u koji će regulirati „način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite“ prema pravilniku iz čl. 90. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju „o određivanju medicinski opravdanog roka u kojem se mora pružiti zdravstvena zaštita“. Reguliraju li isti materiju koja se u cijelosti ili djelomično preklapa? Previđeni rok za donošenje potonjeg pravilnika iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju istekao je krajem 2013., prije više od devet godina, i do današnjeg dana nije donesen pa je posve neizvjesno očekuje li ista sudbina i novopredloženi pravilnik u ZZZ-u. Budući da se u čl. 22. ZZZ-a regulira plan i programa mjera zdravstvene zaštite predlažemo u dodatnom stavku tog članka precizirati opseg, sadržaj i značaj tog dokumenta u smislu da se definira da plan i programa mjera zdravstvene zaštite regulira obvezujuće vremenske i kadrovske normative za provođenje pojedinih postupaka, kao što je to slučaj s trenutnim Planom i programom mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022., koji ima više od 1300 stranica. ZZZ-om bi trebalo i propisati koliko često se taj dokument donosi odnosno ažurira (npr. u pravilu svake dvije godine, možda svake treće godine jer se i ugovaranje zdravstvene zaštite prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju provodi u pravilu svake treće godine i sl.). Navedena dopunjena odredba čl. 22. ZZZ jasnije bi definirala budućnost tog dokumenta te bi se time onemogućilo da vremenski i kadrovski normativi ishitreno „nestanu“ iz tog dokumenta, da se time obezvrijedi sav uloženi trud u njegovu izradu te da se isti svede na raniju verziju istoimenog dokumenta iz ranijih ZZZ-a koja je sadržavala tek 200-njak stranica.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
415	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5.</p> <p>Nedopustivo da određivanje medicinski prihvatljivog vremena određuje ministar umjesto stručnih društava kroz krovni Hrvatski liječnički zbor !</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

416	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Predlaže se da uvođenje vremensko-kadrovskih normativna bude zakonom obvezujuće za poslodavca, to jest ravnatelja i upravno vijeće, te rukovoditelje klinika, zavoda i odjela te da neorganiziranje poslova sukladno vremensko-kadrovskim normativna bude adekvatno sankcionirano.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
417	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Članak 5 Obzirom na nepoštovanje važećih pravilnika i zakona koji su na snazi (Zakon o radu, vremensko-kadrovski normativi, pravilnik o izboru kandidata za specijalističko usavršavanje...) nije jasna svrha još jednog pravilnika kojeg MiZ, HZZO i ravnatelj ustanova neće poštivati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
418	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 5. "Način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite propisuje pravilnikom ministar." Trenutni pravilnici i zakoni koji su na snazi se ne poštuju (Zakon o radu, vremensko-kadrovski normativi, pravilnik o izboru kandidata za specijalističko usavršavanje...) tako da nije jasna svrha još jednog pravilnika kojeg MiZ, HZZO i ravnatelj ustanova neće poštivati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
419	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 5. "Način osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje mjera zdravstvene zaštite propisuje pravilnikom ministar." Trenutni pravilnici i zakoni koji su na snazi se ne poštuju (Zakon o radu, vremensko-kadrovski normativi, pravilnik o izboru kandidata za specijalističko usavršavanje...) tako da nije jasna svrha još jednog pravilnika kojeg MiZ, HZZO i ravnatelj ustanova neće poštivati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
420	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Odrediti rok za donošenje Pravilnika. Godinama ministri ne donose pravilnike, a i kad ih donesu, isti se često sastoje od par članaka, bez ikakvog reda i smisla, tek toliko da se zadovolji zakonska norma. Ministre treba prisiliti da donose kvalitetne primjenjive pravilnike.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
421	<p>ANA MARIJA BREBRIĆ DOMITROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. definirati i navesti rok za donošenje pravilnika</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

422	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Pravilnik koji će biti donesen? Hm, teško ako nije napisano kad... a i to bi značilo da u sustav uvodimo neki red u zdravstveni sustav, tako da opet stavak bez svrhe ako se ne navede vremenski rok za donošenje pravilnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
423	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Kako se mjere odnose na sve pružatelje usluge članak je potrebno nadopuniti i dodati: u suradnji i konzultacijama sa stručnim udruženjima (udrugama/organizacijama) pružatelja usluga zdravstvene zaštite u RH (javnih i privatnih).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
424	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Definirati vremenski okvir za donošenje pravilnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
425	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Nedopustivo da određivanje medicinski prihvatljivog vremena određuje ministar umjesto stručnih društava kroz krovni Hrvatski Liječnički zbor !</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
426	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Je li pravilnik o kadrovskim i vremenskim normativima ikada donesen? Nije. Zašto? Zato jer bi se urušio čitav zdravstveni sustav. Zato je ovo mrtvo slovo na papiru ukoliko ne navedete jasan vremenski roku unutar kojeg se takav pravilnik treba donijeti i jasne posljedice koje će snositi osoba koja ga ne donese u vremenski zadanom roku.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
427	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Potrebno je propisati vremenski rok, a ne duži od 6 mjeseci, u kojemu je ministar dužan donijeti predmetni pravilnik.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
428	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. definirati i navesti rok za donošenje pravilnika</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
429	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 5. Koji je rok za donošenje ovog pravilnika? Nadam se manje od 180 dana.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

430	<p>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 6. U članku 36. stavcima 3. i 5. riječi: „nastavnih ustanova“, predložemo zamijeniti riječima: „javnih fakulteta“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
431	<p>Tomislav Furlan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7. Predložena izmjena i dopuna Zakona kojima se isključivo domovima zdravlja ili ljekarničkim ustanovama čije je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave omogućava osnivanje mobilnih ljekarni: " U članku 37. iza stavka 3. dodaju se stavci 4., 5., 6., 7., 8. i 9 . koji glase: „(4) Dom zdravlja ili ljekarnička ustanova čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave koja ima rješenje za obavljanje ljekarničke djelatnosti, ljekarničku djelatnost na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima može obavljati i putem mobilnih ljekarni." protivna je Ustavu Republike Hrvatske čl. 49 stavak 2 : Poduzetnička i tržišna sloboda temelj su gospodarskog ustroja Republike Hrvatske. Država osigurava svim poduzetnicima jednak pravni položaj na tržištu. Zabranjena je zlouporaba monopolskog položaja određenog zakonom". Citirani nacrt izmjena i dopuna Zakona osnova je za podnašanje ustavne tužbe u slučaju izglasavanja istog.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
432	<p>HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7. Mirjana Kučina Dopredsjednica Hrvatske komore zdravstvenih radnika Voditeljica Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije Ograničenje iz stavka 3. članka 54 ne odnosi se na magistre farmacije, fizioterapeute te na dentalne tehničare koji obavljaju privatnu praksu. Potrebno je dodati i RADNE TERAPEUTE. Zbog specifičnosti u provođenju djelatnosti radne terapije, potrebno je dodati i radne terapeute i osigurati obavljanje djelatnosti sa dvoje ili više zaposlenih radnih terapeuta..</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

433	<p>HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7.</p> <p>Mirjana Kučina Doredsjednica Hrvatske komore zdravstvenih radnika Voditeljica Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije U članku 47. dodati: Mogućnost obavljanja privatne prakse ima radni terapeut sa završenim prediplomskim stručnim studijem radne terapije. Sukladno čl. 41 Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN 87/09) temeljno obrazovanje za obavljanje djelatnosti radne terapije stječe se uspješnim završavanjem stručnog studija za zanimanje stručni prvostupnik radne terapije. Sukladno članku 54. Zakona o djelatnostima u zdravstvu, privatnu praksu može obavljati stručni prvostupnik radne terapije koji ima odobrenje za samostalan rad izdano od Hrvatske komore zdravstvenih radnika. Na postupak osnivanja, privremene obustave i prestanka rada privatne prakse stručnog prvostupnika radne terapije primjenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti. S obzirom na to da još nisu osigurani uvjeti za vertikalno obrazovanje radnih terapeuta u Republici Hrvatskoj potrebno je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti definirati provođenje privatne prakse i s razinom obrazovanja definiranom Zakonom o djelatnostima u zdravstvu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
434	<p>Mirjana Kučina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7.</p> <p>Mirjana Kučina Dopredsjednica Hrvatske komore zdravstvenih radnika; Voditeljica Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije U stavku 1. članka 110 Ustanova za zdravstvenu njegu jest zdravstvena ustanova koja provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika dodati -može obavljati radnu terapiju u kući. Obrazloženje: Radna terapija je zdravstvena djelatnost čiji je cilj omogućiti pojedincima i skupinama postizanje optimalnog funkcioniranja u aktivnostima dnevnog života koje uključuju samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme. (Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN 87/09) Istraživanja pokazuju da su usluge usmjerene na funkcionalnost i neovisnost osobe u aktivnostima dnevnog života učinkovitije od isključivo medicinskog modela skrbi (De Maeseneer, Boeckxstaens, 2012; EXPH, 2014) te su isto tako isplativije (Rex i sur, 2013). Znanstveni dokazi potvrđuju da su radnoterapijske intervencije učinkovite u prevenciji padova, muskuloskeletalnih ozljeda i bolesti, rehabilitacije nakon preboljenog moždanog udara, traumatskih ozljeda mozga, spinalnih ozljeda, respiratornoj rehabilitaciji, skrbi u domu korisnika te palijativnoj skrbi. Stoga je važno omogućiti dostupnost radne terapije u sklopu ustanove za zdravstvenu njegu koja pruža usluge rehabilitacije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

435	<p>Mirjana Kučina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7.</p> <p>Predsjednica Hrvatske komore zdravstvenih radnika Voditeljica Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije U članku 103. Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, sanitetskog prijevoza, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege tepalijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti dodati i DJELATNOST RADNE TERAPIJE.</p> <p>Obrazloženje: Člankom 39. Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN87/09) definira da se djelatnost radne terapije obavlja svim razinama zdravstvene zaštite, sukladno standardima koje će pravilnikom utvrditi Ministarstvo, što znači i na primarnoj razini zdravstvene zaštite u domovima zdravlja .</p> <p>Mogućnost provođenja radne terapije na primarnoj razini zdravstvene zaštite, tj. u domu zdravlja, omogućit će dostupnost usluge uzajednici i okruženju u kojem ljudi žive, što znatno olakšava primjenu terapijskih intervencija u autentičnom okruženju, a što dodatno pridonosi povećanju samostalnosti funkcionalnosti u aktivnostima dnevnog života.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

436	<p>Hrvatska ljekarnička komora NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7.</p> <p>Članak 7. (Mobilne ljekarne) U članku 37. stavku 6. predlaže se dodati alineju 4. koja glasi: - „dokaz iz kojeg je razvidno da dom zdravlja ili ljekarnička ustanova iz stavka 4. ovog članka osigurava magistra farmacije za obavljanje ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni.“ Obrazloženje: Sukladno Zakonu o ljekarništvu, samo magistar farmacije s odobrenjem za samostalni rad (ljekarnik) može izdavati lijekove na recept i pružati ljekarničku skrb. Farmaceutski tehničar može raditi u ljekarničkoj djelatnosti samo uz prisustvo magistra farmacije, u skladu s opsegom rada za farmaceutske tehničare (ne smije izdavati lijekove na recept, lijekove koji sadrže opojne droge niti izrađivati magistralne pripravke koji sadrže tvari jakog ili vrlo jakog djelovanja). Zbog toga je potrebno osigurati magistra farmacije za rad u mobilnoj ljekarni. U članku 37. dodati novi stavak 10. i stavak 11. koji glasi: - „(10) Evidenciju o domovima zdravlja i ljekarničkim ustanovama koje imaju rješenje o obavljanju ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni vodi nadležna Komora. - (11) Sadržaj i način vođenja evidencije iz stavka 10. ovog članka pravilnikom propisuje nadležna Komora.“ Obrazloženje: Potrebno je propisati obvezu nadležnog tijela (Komore) voditi evidenciju o domovima zdravlja i ljekarničkim ustanovama koje imaju rješenje o obavljanju ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni radi transparentnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
437	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7.</p> <p>Dodanim stavkom 5. članka 37. predviđeno je da osnivač ustanove podnosi zahtjev za utvrđivanje ispunjavanja uvjeta za obavljanje ljekarničke djelatnosti u mobilnoj ljekarni što do sada nikada nije bio slučaj. Uvijek sama ustanova prikuplja potrebnu dokumentaciju i podnosi zahtjev za pokretanje takvog postupka. Isto potvrđujete i novim člankom 103. stavak 21. temeljem kojega ministarstvo na zahtjev doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u posebnom vozilu, a isto se radi o obavljanju djelatnosti na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima- što je sličan model kao i mobilne ljekarne. Smatramo potrebnim ujednačiti te izmijeniti predloženi stavak 5. članka 37. na način da sama ustanova pokreće postupak ispunjavanja uvjeta za mobilne ljekarne.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
438	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7.</p> <p>definirati i navesti rok za donošenje pravilnika</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

439	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 7. Ponovo nema nikakvog roka za donošenje normativa i standarda.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
440	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 8. U vezi s člankom 8. i glavom III: Zdravstveni turizam predlažemo fleksibilnije uređenje toga područja te povezivanje ne samo s propisima iz područja turizma, već i sporta, socijalne skrbi, ugostiteljstva i sl. kako bi se u većoj mjeri iskoristili potencijali Hrvatske za ostvarivanje zdravstvenih usluga i usluga socijalne skrbi u dijelu smještajne skrbi starijim osobama te proširenjem zdravstvenih usluga na stomatološke, ortopedske, sportske, estetsku kirurgiju, osobni rast i razvoj, tretmane protiv pretilosti i sl., kao i u potpori organiziranju zdravstvenih preventivnih i sportskih aktivnosti za starije osobe putem njihovih udruga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
441	<p>Zoran Ivazić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. Zoran Ivezic-Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnessa. U uvodnom dijelu nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

442	<p>Nives Božić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. Članak 9. i članak 10. Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnesa. U uvodnom dijelu nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
443	<p>Katja Puljčan- Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnesa. U uvodnom dijelu nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

444	<p>IVANA PRIBUDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9.</p> <p>Ivana Pribudić - Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Članak 9. i članak 10. Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnessa. U uvodnom dijelu nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
445	<p>DARKO MIJATOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9.</p> <p>Darko Mijatović - Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Članak 9. i članak 10. Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnessa. U uvodnom dijelu nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

446	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. U stavku (1) izmijenti na slijedeći način: Zdravstveni turizam jest pružanje zdravstvenih usluga izvan javnog zdravstva - dijagnostičkih i terapijskih postupaka, zdravstvene njege te postupaka medicinske rehabilitacije uz mogućnost korištenja prirodnih ljekovitih činitelja, uz pružanje ugostiteljskih usluga i/ili usluga u turizmu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
447	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. U dijelu stavka 3.članka 9. proširiti dionike za pribavljeno mišljenje u cilju konzultacije sa svim strukovno zainteresiranim dionicima: „Normative i standarde za pružanje zdravstvenih usluga u zdravstvenom turizmu, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za turizam i prethodno pribavljeno mišljenje nadležne komore, stručnih udruženja pružatelja usluga zdravstvene zaštite te provedenog javnog savjetovanja, pravilnikom propisuje ministar.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
448	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. Vremenski rok?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
449	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. U stavku (1) izmijenti na slijedeći način: Zdravstveni turizam jest pružanje zdravstvenih usluga izvan javnog zdravstva - dijagnostičkih i terapijskih postupaka, zdravstvene njege te postupaka medicinske rehabilitacije uz mogućnost korištenja prirodnih ljekovitih činitelja, uz pružanje ugostiteljskih usluga i/ili usluga u turizmu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
450	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 9. Ponovo nema nikakvog roka za donošenje normativa i standarda.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

451	<p>HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH BIOKEMIČARA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10.</p> <p>Vezano za prijedlog članka 39.b i 39.c Hrvatska komora medicinskih biokemičara smatra da u Republici Hrvatskoj treba biti ujednačena kvaliteta zdravstvene zaštite i sigurnost pacijenata te da zbog toga turistička ambulanta treba ispunjavati iste uvjete prilikom osnivanja kao i drugi organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti. Slijedom toga, predlažemo da osnivač turističke ambulante ima obvezu priložiti dokaz o raspolaganju prostorom i prethodno mišljenje nadležne komore o opravdanosti osnivanja izvan mreže javne zdravstvene službe kao što je to predviđeno i za ostale organizacijske oblike obavljanja zdravstvene djelatnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
452	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10.</p> <p>Članak 10, koji se odnosi na čl.39 c., stavak 2 i 3 kaže:" 2) Turistička ambulanta se organizira izvan mreže javne zdravstvene službe. 3) Turističku ambulantu iz stavka 1. ovoga članka može organizirati jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb, jedinica lokalne samouprave, turistička zajednica, druga pravna i fizička osoba koja obavlja turističku djelatnost, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili privatni zdravstveni radnik..." Ispada da se u financiranje turističke ambulante država uopće ne uključuje, pogotovo ne direktno, no turističke ambulante osnivat će se zbog povećanog priljeva turista, od čega itekako koristi ima državni proračun. Čime će JLS i JRS biti motivirane organizirati turističku ambulantu, a bez pomoći države?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

453	<p>Zoran Ivazić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10. Zoran Ivezic-Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnessa. U uvodnom dijelu nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
454	<p>Katja Puljčan- Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10. Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnessa. U uvodnom dijelu nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
455	<p>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10. Predlažemo da se u članku 39. a stavku 1. iza riječi: „zdravstvene ustanove“ dodaju riječi: visoka učilišta zdravstvenog usmjerenja“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

456	<p>IVANA PRIBUDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10.</p> <p>Ivana Pribudić - Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Članak 9. i članak 10. Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnessa. U uvodnom dijelu nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
457	<p>DARKO MIJATOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10.</p> <p>Darko Mijatović - Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Članak 9. i članak 10. Smatramo da iz odredaba Zakona gdje se regulira "zdravstveni turizam" treba izbaciti dijagnostičke postupke koji obuhvaćaju medicinsko-laboratorijsku djelatnost. Ovo se posebno odnosi na dio koji regulira usluge medicinskog wellnessa. U uvodnom dijelu nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti se navodi da se u cijelosti noveliraju odredbe o zdravstvenom turizmu koji daje poseban naglasak na promociju zdravstvenog turizma koji je izuzetno važan za razvijanje cjelogodišnjeg turizma. Nejasno je kako će ispoštovati normativi i standardi u medicinsko-biokemijskim laboratorijima u pogledu osoblja radi razvijanja cjelogodišnjeg turizma, kad je evidentno da se u takvim laboratorijima u primorskim i gorskim područjima Hrvatske ne mogu zadovoljiti propisani normativi i standardi u sadašnjim uvjetima zbog nedostatka potrebnih zdravstvenih radnika. Isto se odnosi i na odredbe koje reguliraju turističke ambulante koje se organiziraju izvan mreže javne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

458	<p>Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10.</p> <p>Potrebno je izmijeniti stavak 2. članka 39.c. na jedan od slijedećih načina: (2) Turistička ambulanta se organizira izvan mreže javne zdravstvene službe, ali uz ugovor sa osiguravateljem radi ostvarivanja tehničko-administrativnih poslova (recepti, uputnice, otvaranje bolovanja, DTP-i,) Ili (2) Turistička ambulanta se organizira u skladu sa posebnom mrežom turističkih ambulanti koju donosi ministar te ugovara sa osiguravateljem radi ostvarivanja tehničko-administrativnih poslova (recepti, uputnice, otvaranje bolovanja, DTP-i). Na ovaj način turistička ambulanta postaje ambulanta koja može turistima pružiti kompletnu zdravstvenu zaštitu bez dodatnog troška za HZZO. Može otvoriti bolovanje po potrebi, može izdati važeći recept i uputnicu preko osiguravatelja, a ne čisto privatni recept i uputnica.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
459	<p>DOM ZDRAVLJA NOVALJA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10.</p> <p>Izmijeniti stavak 2. članka 39.c. u smislu da se turističke ambulante organiziraju unutar mreže javne zdravstvene službe, odnosno da nositelji EKZO (plave) kartice imaju pravo na usluge pružene u turističkoj ambulanti u okviru dosadašnjeg pokrivača koje imaju nositelji EKZO kartice. Na taj način rješava se nekoliko problema koji se događaju tijekom ljetne sezone kod ugovorenih ordinacija: - Problem preopterećenosti ugovorenih ordinacija, koje su u obvezi prihvatiti nositelja EKZO kartice. U turističkim mjestima, tijekom ljetne sezone, u pravilu od 2 – 4 mjeseca, broj turista i nositelja EKZO kartice iznosi i do 10 puta više od stalnih osiguranika. Kako i na koji način da ugovorena ordinacija pruži zadovoljavajuću zdravstvenu uslugu uz 10 puta više osiguranika? - Problem dostupnosti zdravstvene zaštite / usluge za nositelje EKZO kartice. Da bi dobili zdravstvenu zaštitu / uslugu, nositelji EKZO kartice ponekad trebaju čekati i više dana, zbog velikog broja osiguranika koji čekaju na uslugu. - Problem dostupnosti zdravstvene zaštite / usluge za „redovne“ osiguranike. Da bi dobili zdravstvenu zaštitu / uslugu, „redovni“ osiguranici trebaju čekati i više dana, zbog velikog broja osiguranika koji čekaju na uslugu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
460	<p>Miroslav Mađarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10.</p> <p>Lektura: ne piše se "sa člankom" nego "s člankom", "s" ispred "c" ili "č" ili "ć", a ne "sa"! Ovdje i svagdje!</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

461	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10. Članak 39 a ne vidim razloga da se odvajaju kapaciteti - smatram da se zakonom treba omogućiti pacijentu koji to želi da doplati iznad standardnu uslugu dok mu HZZO i dalje financira dio koji je standard, primjer bolničkog liječenja u toplicama. Dakle odvajamo standard usluge koji pokriva Zavod i onaj koji može pacijent (ako želi) samostalno doplatiti, a za to se može koristiti isti kapacitet, npr ista soba u toplicama. članak 39c - ponovo bez rokova za donošenje normativa i standarda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
462	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10. Kako prijedlog predviđa da u zdravstvenom turizmu zdravstvene usluge mogu obavljati trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti (dijagnostičke i terapijske postupke, postupke zdravstvene njege te postupke medicinske rehabilitacije), radi cjelovitosti terapijskih i rehabilitacijskih postupaka i nediskriminacije subjekata koji takve usluge pružaju, s obzirom na komercijalno usmjerenje prema turističkom sektoru (korištenje prirodnih ljekovitih činitelja, uz postupke fizikalne medicine i rehabilitacije), nužno je omogućiti da takve lječilišne usluge (uz medicinske usluge i usluge medicinskog wellnesa) također mogu obavljati i trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
463	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 10. Članak 39 a stavak 3 - ovim ograničenjem se održava besmislena situacija da u toplicama uprava ugovara kapacitete smještaja u najlošijim sobama i terapije na uređajima koji su "standardni" a pored njih postoje suvremeni/bolji. Jasna je namjera zakonodavca spriječiti iscrpljivanje zdravstvenih fondova na "turizam" (ja bih to nazvao liječenjem) ali ovo nije dobro definirano. Treba ovo promisliti i drugačije ograničiti. Primjerice - Zavod će pokriti ugovoreni standard ali ako netko želi više može to doplatiti a da i dalje koristi "ugovorene kapacitete" ali sa dodatkom. članak 39c - ponovo bez rokova za donošenje normativa i standarda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

464	<p>Lječilište Topusko NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 11. Predložemo dopunu Zakona o zdravstvenoj zaštiti koja bi podrazumijevala omogućavanje da zdravstvene ustanove koje koriste geotermalnu vodu za balneoterapiju i zdravstveni turizam mogu crpiti, odnosno iskorištavati geotermalnu vodu i u svrhu grijanja prostora i potrošne tople vode u kontekstu energetski učinkovitog, ekološkog te ekonomskog iskorištavanja prirodnih resursa, a što uključuje i djelatnosti funkciju kojih ustanova obavlja u kontekstu potpunog, cjelovitog i povijesnog iskorištavanja prirodnih resursa, što bi podrazumijevalo zadobivanje dozvole za istraživanje i eksploataciju u smislu kako propisuje Zakon o istraživanju i eksploataciji ugljikovodika. Obzirom da se u sklopu javnih poziva, odnosno natječaja, za obavljanje određene djelatnosti traži upis u sudski registar, predložemo ovu dopunu kako bi se omogućila registracija zdravstvenih ustanova i za djelatnosti koje su potrebne za navedeno. Na ovaj način, također bi se zdravstvenim ustanovama omogućili i pozitivni financijskih učinci. Sukladno navedenom, predložemo dodavanje novog članka 40.a koji bi glasilo: "Zdravstvene ustanove koje koriste geotermalnu vodu kao prirodni činitelj liječenja, a radi korištenja iste na cjelovit, energetski učinkovit i svrsishodan način, mogu koristiti geotermalnu vodu i u druge svrhe te obavljati djelatnosti koje služe obavljanju tih svrha."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
465	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 11. HUUGO čl 61 Čl 61) Zdravstveni radnik u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe obvezan je prilikom određivanja plaće zdravstvenog radnika u svom timu usklađivati obračun plaća i ostala materijalna prava s odredbama kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, nakon što je HZZO prethodno napravio rekalkulaciju hladnog pogona budući da su realni troškovi rada ambulante unatrag 8 g (kada je rađena zadnja kalkulacija hladnog pogona) narasli za 50%, te je odlukama Vlade RH ugovornim ordinacijama nametana obveza usklađivanja plaća iako ta sredstva od HZZO nikada nisu ukalkulirana u hladni pogon. Ta povećanja čine još dodatnih 50% troškova hladnog pogona. Dakle od 2013 g do danas HZZO je dužan napraviti rekalkulaciju hladnog pogona i ta dodatna sredstva uplaćivati na račune ugovornih ordinacija, kako bi mi ugovorni liječnici bili u mogućnosti isplaćivati sve navedeno u ovom članku</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
466	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 11. Ponovo bez roka za provođenje stavka 4.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

467	<p>Senka Martinović Galijašević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Što znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Radi li se ovdje ponovo o prikrivenom nametanju rada u drugim službama i radilištima kao primjerice u HMP ili OHBP? Radi li se o prekovremenom radu u praznim ambulancama, takozvanim Timovima bez nositelja? Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja mogu osnivati po svojoj volji ili u sklopu najavljene funkcionalne integracije, sigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećem pozornost na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo MIZ uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije - dakle već funkcionira.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
468	<p>Ina Kardoš, dr. med. spec. med. rada i sporta NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Potrebno je definirati "iznimne okolnosti". Može li se nedostatak stručnog kadra smatrati "iznimnom okolnosti"? Tko će u "iznimnim okolnostima" biti odgovoran za rad naših primarnih ordinacija/ustanova?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
469	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Članak 12, koji se odnosi na čl. 84, stavak 2, kaže: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Pitanje je: tko će plaćati privatne zdravstvene radnike u njihovom dodatnom radu na poziv nadležnog tijela i/ili Doma zdravlja? I koje su to „iznimne okolnosti“?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

470	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Članak 12. Zakona uvodi obvezu sudjelovanja zdravstvenih radnika privatne prakse u Mreži javne zdravstvene službe u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite, u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja. Ne propitujući opravdanost uvođenja ove obveze, ističemo kako bi istu trebalo bolje definirati te pojasniti u obrazloženju, budući da u ovome članku nije pojašnjeno što podrazumijeva pojam „iznimne okolnosti“, kao i s obzirom na to da su zdravstveni radnici privatne prakse, kao što je navedeno i u novopredloženom stavku 2. članka 64. dio Mreže javne zdravstvene službe u kojoj doprinose osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite.. Također nije pojašnjeno kako će se u slučaju da zdravstveni radnik privatne prakse u Mreži bude pozvan na rad u posebno organiziranim ambulantomama, osigurati dostupnost zdravstvene zaštite svojim redovitim pacijentima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
471	<p>Ana Srnović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Predlažem brisanje stavka 2. članka 64. Stavak je nedefiniran. Zdravstveni radnici privatnih praksi osiguravaju zadovoljavajuću zdravstvenu skrb svojim pacijentima za vrijeme redovnog radnog vremena, uključeni su u rad posebnih dežurstava jednako kao i liječnici domova zdravlja, bili su uključeni u rad COVID ambulanti jednako kao i liječnici domova zdravlja... Stoga smisao navedenog stavka nije jasan.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
472	<p>UDDaH - Udruga dentalnih doktora Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Predlažemo brisanje st.2 -" Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite.“ Nametanjem takvog oblika obveze rada dolazi do kolizije radnog vremena i kršenja Zakona o radu a upitna je usklađenost pravnih pitanja kao npr. pokrivanja odgovornosti od ozljeda na radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

473	<p>Mirjana Kučina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Dopredsjednica Hrvatske komore zdravstvenih radnika Voditeljica Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije Mogućnost obavljanja privatne prakse može obavljati i radni terapeut sa završenim prediplomskim stručnim studijem radne terapije. Sukladno čl. 41 Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN 87/09) temeljno obrazovanje za obavljanje djelatnosti radne terapije stječe se uspješni završavanjem stručnog studija za zanimanje stručni prvostupnik radne terapije. Sukladno članku 54. Zakona o djelatnostima u zdravstvu, privatnu praksu može obavljati stručni prvostupnik radne terapije koji ima odobrenje za samostalan rad izdano od Hrvatske komore zdravstvenih radnika. Na postupak osnivanja, privremene obustave i prestanka rada privatne prakse stručnog prvostupnika radne terapije primjenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti. S obzirom na to da još nisu osigurani uvjeti za vertikalno obrazovanje radnih terapeuta u Republici Hrvatskoj potrebno je u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti definirati provođenje privatne prakse i s razinom obrazovanja definiranom Zakonom o djelatnostima u zdravstvu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
474	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Sudjelovanje zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe (PZZ) po pozivu ovlaštenih tijela i ravnatelja domova zdravlja u obavljanju zdravstvene djelatnosti u kriznim situacijama – definiranje ovakve vrste obaveze Zakonom je pitanje koje će riješiti ranije nastale probleme i nemogućnost organiziranja rada za vrijeme kriznih situacija, a što se je pokazalo covid epidemijom gdje nije bilo ingerencije nad radom i organizacijom rada pojedinih privatnih zdravstvenih radnika. Međutim, potrebno je izraditi jasne smjernice po osnovi usluga HZZO za sve zdravstvene ustanove. Potrebno je voditi računa da su liječnici opće/obiteljske medicine veoma administrativno opterećeni te ako im se nameću dodatni preventivni programi u rad – onda bi oni trebali odrađivati dodatni rad i kao takvi biti dodatno plaćeni ili da ih se oslobodi od ionako nepotrebnog administriranja (pr. putni, potvrde, ortopedska pomagala, a što može odraditi HZZO...) ili da se odobri dodatna medicinska sestra ili administrativna tajnica u Timu. Liječnici opće/obiteljske medicine u želji da ne naruše svoj povjerljiv odnos s pacijentom ne pristaju na „prijave“ promjenjivih stanja pacijenata MUP-u (ionako već od ranije prijavljuju sva kronična stanja) – već se predlaže kroz preventivne programe utjecati na preuzimanje odgovornosti kod samih pacijenata za odgovorno liječenje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

475	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Predlažem brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
476	<p>BORNA ŠARIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Članak nedefiniran, poopćen do granice nesvrshishodnosti. Slažem se s kolegama i KOHOM-om.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
477	<p>Suzana Posavčević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Ponovno nedefiniran članak- koja su to tijela koja u kojim iznimnim okolnostima mogu pozvati privatne zdravstvene djelatnike u rad posebno organiziranih ambulanti (u koju svrhu- nedostatak liječnika jer ih ionako nema, liječnici DZ na bolovanju ili godišnjem odmoru, otvaranje nove ambulante bez nositelja u kojoj nema tko raditi?). COVID je pokazao da se s nama meo pod. Radili smo u svojim ambulantama, dežurali u COVID ambulantama bez opreme, često u svoje radno vrijeme , a za svoju smo ambulantu trebali tražiti zamjenu, radimo u posebnim dežurstvima.. i što još? Radno vrijeme, tjedni, dnevni odmor nam ne treba. Mislite li da ćete tako privući nove liječnike u PZZ? Svatko tko ima bilo kakvu drugu soluciju, pobjeći će glavom bez obzira jer mi imamo pravo na obaveze.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

478	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Koje su to iznimne okolnosti? Je li to nedostatak liječnika u ambulantama? Ili nedostatak liječnika općenito? Na koga se odnosi članak...imam dojam da se cilja na privatne prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti samo, ili će možda moj kolega gastroenterolog koji radi u privatnoj poliklinici doći odraditi koju posebno organiziranu ambulantu na poziv doma zdravlja? I pozivam da se doda u članak da je potrebno poštivanje radnog vremena sukladno zakonu o radu...jer po ovome ispada da privatni zdravstveni radnici uz svoj posao još odrađuju posebno organizirane ambulante vikendima (a to ionako već dio radi) ne poštujući ni tjedni broj prekovremenih sati ni mjesečni, a niti poštuju dnevni ili tjedni odmor definiran po zakonu (ups, to ni inače ne poštuju jer se to ne odnosi na nas, naravno...)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
479	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Određba o "osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite" je posebice toliko uopćeno napisana da je može interpretirati tko kako hoće i može se na nju pozivati za iskorištavanje privatnih zdravstvenih radnika za krpanje bilo kojih rupa u zdravstvenom sustavu (OHBP, HMP, upražnjene/nepokrivene PZZ ambulante). Privatni zdravstveni radnici, isto kao i oni zaposleni u javnozdravstvenim ustanovama, već su sada prenapregnuti kako bi osigurali dostupnost zdravstvene zaštite svim građanima RH. Svako daljnje naprezanje dovest će do pucanja sustava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.

Predlažem brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu liječnici obiteljske medicine su dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvediv. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira.

481	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Što su iznimne okolnosti i koje su to posebne ambulante? Tako se netko može sjetiti da nas preraspodijeli na rad u turističkim ambulantomama ili na kojekakvim mjestima kojih se netko dosjeti. Ako postoje izvanredne okolnosti kao što su - poplava, potres, epidemija, ... onda ih treba jasno tako i nazvati. Jer u ovoj zemlji posebna okolnost može postati i nogometno prvenstvo ili crkvena procesija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	--

482

**VALENTINA KOVAČ ŠESTAN
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 12.**

brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi:

“Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite.“ Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvediv. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači “sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite”? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

483	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Nejasno je što znači odgovornost uprave doma zdravlja za sve pružatelje zdravstvene usluge (ordinacije doma zdravlja i privatne ordinacije) obzirom na velik broj privatnih ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s gotovo nikakvom mogućnošću utjecaja doma zdravlja na rad istih. Niske novčane kazne i provedba prekršajnog postupka radi izricanja istih neće polučiti značajan efekt oko odazivanja privatnih zdravstvenih radnika na poziv Doma zdravlja ili drugog tijela radi osiguravanja dostupnosti zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
484	<p>Ljiljana Arnautalic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Liječnici obiteljske medicine(domski i privatnici)su trenutno najdostupniji zdravstveni radnici u sustavu koji se raspada.Apsolutno je jasno sto se ovim htjelo postići.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
485	<p>Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Stavak je nedorečen obzirom da nije precizno definirano koje su to iznimne okolnosti. Također, predlažemo da se iz ove obveze isključe zdravstvene njege u kući bolesnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
486	<p>ANJA VALENTIN JURLINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Predlažem brisanje članka 2. - opet nejasno definiran i izrazito sklon manipulacijama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
487	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Koje su to iznimne okolnosti i koje su to posebne ambulante? Totalno nedorečeno i neodređeno. Sudjelovali smo u radu covid ambulanti, prihvatnih centara za migrante od 0 -24 h, svaki mjesec 2 radne subote i dežurstva i bez i jednog slobodnog dana nakon odrađenog dežurstva i noćnih smjena. Šta još? Zakon o radu se kod nas krši stalno i tko to misli kontrolirati?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

488	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>HUUGO: rad u posebnoj ambulanti i rad u djelatnosti hitne medicine u suprotnosti je s temeljnim postavkama primarne zdravstvene zaštite: ona mora biti: kontinuirana, dostupna, sveobuhvatna i cjelovita. (ZZZ Čl 13) Dakle rad izvan 40 sati tjedno i pružanje zdravstvene skrbi osiguranicima u vremenu kraćem od 40 sati tjedno protuzakoniti su. Za manjk liječnika i sestara isključivi su krivci gradovi i županije koje tijekom desetljeća nisu raspisivali natječaje za dodjelu koncesije u PZZ (čime bi zadržali mlade liječnike i sestre) niti nudili uvjete rada koji bi mlade liječnike i sestre privukli na to radno mjesto. , nisu raspisivali specijalizacije niti planirali zamjenu specijalističkog kadra koji odlazi u mirovinu novim speciojalističkim kadrom. Domislili su se novotariji: tim bez nositelja, pa je jedan tim odrađivao 2,3 4 radilišta i time direktno zakidao osiguranike u zdravstvenoj skrbi. Ordinacije mogu sudjelovati u radu posebnih ambulanti samo na temelju dragovoljno potpisanog ugovora koji će definirati uvjete rada takvih ambulanti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
489	<p>Ante Mazalin NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Sve je rečeno u prethodnom komentaru - stavak je potpuna besmislica - koje su to iznimne okolnosti za rad u posebno organiziranim ambulantama? Obiteljski liječnici osiguravaju zdravstvenu zaštitu svojim pacijentima već u svom redovnom radnom vremenu, obaveznim radnim subotama i u posebnim dežurstvima tijekom vikenda i blagdana gdje postoji takav ustroj. Tu dolazi do već direktnog kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora, ali za to nikog očito nije briga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
490	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Brisati stavak 2 jer je neodređen - koje su to iznimne okolnosti za rad u posebno organiziranim ambulantama? Obiteljski liječnici osiguravaju zdravstvenu zaštitu svojim pacijentima već u svom redovnom radnom vremenu, radnim subotama i u posebnim dežurstvima tijekom vikenda i blagdana. Tu dolazi do već direktnog kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Što su iznimne okolnosti i koje su to posebne ambulante? Tako se netko može sjetiti da nas preraspodijeli na rad kojekakvim mjestima kojih se netko dosjeti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

491	<p>Danijela Daus-Šebeđak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Poštovani! Ne slažem se sa prijedlogom da kao liječnik obiteljske medicine sudjelujem na radilištima na koje nas rasporede- HMP, ispražnjene ambulante PZZ, a isto se nhe slažem sa prijedlogom kažnjavanja zdravstvenih djelatnika ako se ne pruži zdravstvena usluga za koju smo sklopili ugovor sa HZZO- Postoji li i što je " košarica usluga" u PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
492	<p>Mirjana Petrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Brisati stavak 2 jer je neodređen - koje su to iznimne okolnosti za rad u posebno organiziranim ambulantama? Obiteljski liječnici osiguravaju zdravstvenu zaštitu svojim pacijentima već u svom redovnom radnom vremenu, radnim subotama i u posebnim dežurstvima tijekom vikenda i blagdana. Tu dolazi do već direktnog kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
493	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Predlažem brisanje stavka 2. zbog nedorečenosti i podložnosti manipulaciji. Zdravstveni radnici privatne prakse već i sada rade u posebnom dežurstvu subotom poslijepodne, nedjeljom i blagdanima. Kada bi to još dodatno trebali osigurati dostupnost zdravstvene zaštite? Što su to iznimne okolnosti, tko ih može takvima proglasiti? Zbog svega navedenog, predlažem brisanje ovog stavka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
494	<p>Tatjana Polgar Pavošević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Predlažem brisanje članka 2- opet nejasno definiran i izrazito sklon manipulacijama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

495	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Predlažemo brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvediv. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što zapravo znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
496	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Sa stručne i pravne strane nedopustivi sadržaj jer: 1. koje su to iznimne okolnosti? Molim to definirati i nabrojati ! 2. koje je to nadležno tijelo ? 3. koje su to posebno organizirane ambulante ? Molim precizno definirati !</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

497	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Što su iznimne okolnosti i koje su to posebne ambulante? Tako se netko može sjetiti da nas preraspodijeli na rad u turističkim ambulantama ili na kojekakvim mjestima kojih se netko dosjeti. Ako postoje izvanredne okolnosti kao što su - poplava, potres, epidemija, ... onda ih treba jasno tako i nazvati. Jer u ovoj zemlji posebna okolnost može postati i nogometno prvenstvo ili crkvena procesija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
498	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Stavak 2 je potrebno brisati, jer ne definira što su to "iznimne okolnosti", "nadležno tijelo" niti "posebno organizirane ambulante". Zdravstveni radnici u privatnoj praksi već osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite pacijentima koje imaju u skrbi na isti način kako to rade i ordinacije u sklopu domova zdravlja i nije na njima da krpaju rupe u sustavu, a ovako napisan stavak cilja upravo na to. Zadaća je Ministarstva zdravstva putem određivanja mreže javnozdravstvene zaštite, lokalne samouprave i lokalnih domova zdravlja osigurati dostupnost zdravstvene zaštite otvaranjem i opremanjem ambulanti, te stimuliranjem zdravstvenih djelatnika da u njih dođu raditi. Rad u kriznim stanjima je već definiran zakonom, a drugi oblik dodatnog rada može biti samo dobrovoljan i temeljen na ugovoru.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

499	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Potrebno je dodatno definirati što se smatra iznimnim okolnostima u kojima se organiziraju posebne ambulante. Ukoliko se misli na izvanredna stanja kao što je razdoblje trenutne epidemije i organiziranje ambulanti kao što su bile tzv. COVID-19 ambulante pri domovima zdravlja, takve su situacije već obuhvaćene novim člankom 133.a. temeljem kojega glavnu ulogu dobiva HZJZ koji tada čak može koordinirati i županijske zavode za javno zdravstvo. Jasno je da prvi dio odredbe obvezuje privatne zdravstvene radnike u Mreži da se odazovu u takvim situacijama tada nadležnom tijelu, no kakve će to ovlasti imati dom zdravlja u iznimnim okolnostima, pa da može uključiti ugovorene privatnike? Ovaj članak nije po tome podudaran s uobičajenom koordinacijom koju bi dom zdravlja imao pravo provoditi. Isto tako, organiziranje ambulanti u iznimnim okolnostima ne može se izjednačiti s uobičajenom obvezom osiguravanja dostupnosti zdravstvene zaštite, ovdje je tada potrebno na kraju članka dodati „u iznimnim okolnostima“. Obveza i potreba osiguravanja dostupnosti postoji i izvan iznimnih okolnosti, npr. nedostatak liječnika u ruralnim područjima. Da li dom zdravlja to može smatrati iznimnom okolnošću te organizirati ambulantu na pojedinom području i pozvati ugovorene privatnike u rad? Kako će se financirati rad posebnih ambulanti organiziranih od strane doma zdravlja? Sve je to potrebno dodatno razraditi zakonskim tekstom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
500	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.</p> <p>Ponovno prijedlog koji je potpuno nejasno definiran te kao takav podložan širokom tumačenju. Koje su to izvanredne okolnosti? Tko ima ovlast nešto proglasiti izvanrednom okolnošću i pod kojim kriterijima? Koja su to nadležna tijela (ministarstvo / županijski uredi za zdravstvo / gradski uredi za zdravstvo / stožeri civilne zaštite / itd.)? Odredba o "osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite" je posebice toliko uopćeno napisana da je može interpretirati tko kako hoće i može se na nju pozivati za iskorištavanje privatnih zdravstvenih radnika za krpanje bilo kojih rupa u zdravstvenom sustavu (OHBP, HMP, upražnjene/nepokrivene PZZ ambulante). Privatni zdravstveni radnici, isto kao i oni zaposleni u javnozdravstvenim ustanovama, već su sada prenapregnuti kako bi osigurali dostupnost zdravstvene zaštite svim građanima RH. Svako daljnje naprezanje dovest će do pucanja sustava. Za opravdane iznimne okolnosti već postoji odredba definirana člankom 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a inzistiranje na ovom predloženom stavku 2. članka 64. samo pojačava bojazan da se "iznimne okolnosti" planiraju široko tumačiti te privatne zdravstvene radnike upregnuti za krpanje različitih rupa u sustavu zdravstva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

501	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Brisati stavak 2 jer je neodređen - koje su to iznimne okolnosti za rad u posebno organiziranim ambulantama? zdrav.radnici privatne prakse osiguravaju dostupnu zdrav.zaštitu u svom redovnom radnom vremenu, radnim subotama i u posebnim dežurstvima tijekom vikenda i blagdana jednako kao i zdrav.radnici zaposleni u Domovima zdravlja. Ne smije se raditi razlika između domskih liječnika i privatnih liječnika koji imaju ugovor s HZZO-om jer je njihov rad jednak, samo je zaposlenje drugačije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
502	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Predlažem brisati čl 2. jer je potpuno neodređen. Što znači "sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite"? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Radi li se ovdje ponovo o prikrivenom nametanju rada u drugim službama i radilištima kao primjerice u HMP ili OHBP? Radi li se o prekovremenom radu u praznim ambulantama , takozvanim Timovima bez nositelja? Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja mogu osnivati po svojoj volji ili u sklopu najavljene funkcionalne integracije, sigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u Mreži obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećem pozornost na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo MIZ uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije - dakle već funkcionira. Napominjem i to da se dodatni rad treba regulirati Ugovorom</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

503	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. brisati čl 2. Iznimne situacije nisu jasno definirane i kao takav člana podliježe tumačenjima na štetu zdravstvenih radnika ali i korisnika. Također nije definirano u kome vremenu bi se takav rad odvijao: da li izvan radnog vremena radnika ili u njihovom redovnom radnom vremenu. Nije mogući rad za drugog poslodavca u radno vrijeme kada je radnik na svom radnom mjestu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
504	<p>Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12. Nejasno je što znači sudjelovanje radnika privatne prakse u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

505

Alen Stojanović**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 12.**

Ponovo i uporno se ignorira pravna definicija "zdravstvenog djelatnika privatne prakse". Pravno gledano radi se o liječniku koji je osnivač/masnik zdravstvene ustanove u ugovoru s HZZO-om. O jednoj osobi se radi. Zaposlenici u takvoj ustanovi/ordinaciji prema ovom zakonu NISU u nikakvoj obvezi. Da pojasnim - obvezali ste liječnike na sudjelovanje a ničim niste definirali što je sa tehničarima koji su uposlenici kod tog liječnika. Kako je definiran njihov rad u toj posebnoj ambulanti - gledano iz aspekta radnog prava i svega što iz toga prizililazi. Tko je poslodavac u toj posebnoj ambulanti - tko je odgovoran za ozlijeđe na radu koje nastanu u takvom prostoru - npr kada pijani pacijent u dežurstvu napadne sestru i izazove radnu nesposobnost? Razumijem namjeru ali ovo je em loše napisano (koje su to iznimne okolnosti?), aktualno stanje je da Domovi zdravlja to tumače na način da je to trajno stanje, stalna obveza) em nije pravno promišljeno. Kakav je pravni odnos tog "javnog tijela" koje upućuje poziv i "zdravstvenog radnika privatne prakse? Pravno - to su dvije ravnopravne, pravne osobe i odnos se definira nekom vrstom ugovora. Tako je i prema HZZO-u. Mi imamo ugovor sa HZZO-om (kakav-takav) i ne radimo "na poziv" HZZO-a. Nitko ne bježi od rada ali zakonodavac mora znati kakve probleme kreira loše napisanim i zamišljenim pravilima. Nastavno - zakonodavac ignorira postojeće stanje. Svaka privatni djelatnik ima pravo odabrati program (mislim na informatiku u ordinaciji) po slobodnom izboru a prema uvjetima koje je propisao HZZO. Jedan program, ne sve programe. Ti programi nisu ni slični i nije izvjesno da će itko poznavati sve programe. Nužno je u tim posebnim ordinacijama osigurati rad u izabranom programu kako zbog nepoznavanja rada u drugom programu ne bi trpili pacijenti koji su došli na vanredni pregled. Aktualna situacija je takva da radimo u svom programu svaki dan i onda u dežurnoj ambulanti nekoliko puta godišnje doslovce učimo novi program i nagađamo kako obaviti neke sasvim rutinske stvari (rutinske u našem programu) što značajno usporava rad i frustrira. Napominjem da HZZO inzistira na vođenju uredne zdravstvene administracije i da su neki kolege dobili opomene i kazne jer u dežurstvu nisu "uredno vodili administraciju". Samo zato što ne rade u tom nametnutom programu. Na području pojedinog Doma zdravlja se uglavnom koristi 2-3 programa pa ne vidim nikakav razlog da sva tri ne bi bila instalirana i održavana u ambulantama za posebna dežurstva. Bilo bi lijepo kada bi zakonodavac pokazao malo osjećaja za nas kao obične ljude i promotrio život iz naše perspektive.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

506	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13. U slučaju da se doslovno interpretira ovaj članak, država bi time doslovno centralizacijom otela osnivačko pravo lokalnoj samoupravi, tj. svim lokalnim zajednicama otuđila imovinu u koju su ulagali iz vlastitih sredstava te im oduzela pravo da na lokalnoj razini utječu na zdravstvenu politiku vlastitih zdravstvenih ustanova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
507	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13. Članak 13, koji se odnosi na čl. 70: "RH jedina može osnivati opće bolnice". Prebacivanje vlasništva nad općim bolnicama sa županija na državu, bez jasnog definiranja kako će se riješiti imovinsko-pravni odnosi, jamstva da će država preuzeti sva dugovanja bolnica na sebe, nije dobro rješenje. Što je sa investicijama županija u zdravstvene ustanove na svom području, projektima EU fondova za rekonstrukciju i opremanje bolnica (veći dio daje EU, no i županija ulaže određeni postotak), pitanje vlasničkih odnosa- zemljišta, kreditnih obaveza, međusobnih dugovanja itd.?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
508	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13. Hrvatska liječnička komora podržava inicijativu Dekanske konferencije medicinskih fakulteta da se u zakonskom prijedlogu dodatna pozornost posveti organizaciji zdravstvene zaštite redovitih studenata.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
509	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13. Predlaže se brisati članak 13. Prijedloga koja se odnosi na članak 70. stavak 1. Samo prebacivanje vlasništva na državu kao osnivača ni na koji način ne doprinosi kvaliteti, funkcionalnosti i financijskoj stabilnosti zdravstvene ustanove, već dodatno vodi ka centralizaciji i nemogućnosti prilagođavanja lokalnim potrebama. Potrebne su sadržajne, strukturalne reformske mjere, a ne mjere formskog karaktera.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
510	<p>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13. U članku 70. predlaže se dodati stavak 11. koji bi glasilo: „Fakultet zdravstvenog usmjerenja može obavljati zdravstvenu djelatnost za potrebe nastave u skladu s posebnim zakonom kojim se uređuje visoko obrazovanje“.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

511	<p>Dom zdravlja MUP-a NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13.</p> <p>Predlaže se izmjena stavka 2. članka 70., na način da isti glasi: "Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske osniva Republika Hrvatska." Obrazloženje: Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske (Dom zdravlja MUP-a RH) osnovan je Rješenjem Državnog sekretarijata za unutrašnje poslove 15. kolovoza 1953. godine pod nazivom Dom narodnog zdravlja Državnog sekretarijata za unutrašnje poslove Narodne Republike Hrvatske (Dom narodnog zdravlja DSUP NRH) sa sjedištem u Zagrebu, Šarengrovska 3. Nakon osamostaljenja i prvih demokratskih izbora u Republici Hrvatskoj naziv Doma zdravlja je Dom zdravlja radnika Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske, a od 1994. naziv Doma zdravlja je Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske. Mišljenja smo kako je potrebno, obzirom se, u članku 70. stavku 1. prijedloga izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti, navode sve ustanove na primarnoj, sekundarnoj i tercijalnoj razini kojima je osnivač Republika Hrvatska, uvrstiti i Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske, ustanovu na primarnoj razini zdravstvene zaštite, čiji je osnivač Republika Hrvatska.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
512	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13.</p> <p>Naglašavamo da sukladno članku 135. Ustava Republike Hrvatske jedinice područne samouprave obavljaju poslove od područnog (regionalnog) značenja, a osobito i poslove koji se odnose na zdravstvo. Predloženim prijenosom osnivačkih prava nad općim bolnicama dovode se u pitanje naprijed navedene odredbe Ustava te nepotrebno jača centraliziranost zdravstvenog sustava. Jedinice područne samouprave, kao osnivači općih bolnica, ulagale su svih ovih godina znatna financijska sredstva-izvorna i decentralizirana, a zdravstvenim ustanovama se upravljalo najbolje što se u datim okolnostima, definiranim od strane središnje države, moglo. Poteškoće financijske prirode u kojima se u ovom trenutku nalazi velika većina zdravstvenih ustanova, nisu rezultat vršenja osnivačkih prava nad istima. Prijenos osnivačkih prava i centralizacija sustava nisu rješenje za financijsko poslovanje i gubitke koji nastaju jer da jesu-u ovom trenutku zdravstvene ustanove kojim je osnivač Republika Hrvatska poslovale bi pozitivno. Također, zadržavanjem postojećih osnivačkih prava zadržava se mogućnost da regionalna samouprava kao poznavatelj svih specifičnosti ustanova kojima je osnivač, aktivno i kvalitetno sudjeluje u rješavanju istih te se time otklanjaju rizici koji su prepoznati kao takvi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

513	<p>Mario Vukelić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 13. „(1) Državni zdravstveni zavod, kliniku kao samostalnu ustanovu, kliničku bolnicu i klinički bolnički centar osniva Republika Hrvatska.“. Obrazloženje: Pojedine specijalne bolnice čiji su osnivači u RH druge pravne osobe ili fizička osoba su zapravo opće bolnice jer u praksi obavljaju zdravstvene usluge različitih medicinskih specijalnosti odnosno provode dijagnostiku i liječenje različitih nepovezanih medicinskih stanja. Iz toga proizlazi da mi već imamo privatne opće bolnice pa zašto onda njihovo osnivanje od strane drugih pravnih i fizičkih osoba ne legalizirati kroz ovaj Zakon</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
514	<p>Senka Martinović Galijašević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. 3/5 članova upravnog vijeća zdravstvenih ustanova bira osnivač, što je država ili županija. Dakle, to su 3 političke funkcije koje će nadzirati trenutna vlast. Članstvo u upravnom vijeću treba potpuno depolitizirati, omogućiti otvorene izbore i dati mandat na godinu dana. Nakon godine dana se rad evaluira te primjereno nagrađuje ili penalizira. Loše odluke upravnih vijeća ne smiju postati teret na leđima zaposlenika tih istih ustanova. Dosadašnja praksa je omogućavala da UV donose upitne i neizvjesne odluke bez imalo odgovornosti, pa i bez jasnih instrumenata penalizacije za one koji donose takove pogrešne odluke.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
515	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Člankom 15. određuje se sastav i način imenovanja upravnog vijeća zdravstvenih ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska te sastav i imenovanja upravnog vijeća zdravstvenih ustanova čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb te se propisuju uvjeti koje članovi upravnog vijeća moraju ispunjavati. Upravljanje zdravstvenim ustanovama uređuje se na način kojim je u upravnom vijeću zastupljenija politika nego struka. Naime, predstavnici osnivača brojčano su nadmoćni članovi upravnih vijeća. S obzirom na odredbu članka 36. Zakona o ustanovama (NN 76/93, 29/97, 47/99, 35/08, 127/19) kojim je propisano da upravno vijeće ustanove donosi programe rada i razvoja ustanove, nadzire njihovo izvršavanje, odlučuje o financijskom planu i godišnjem obračunu, predlaže osnivaču promjenu djelatnosti te osnivaču i ravnatelju ustanove daje prijedloge i mišljenja o pojedinim pitanjima, smatramo da bi u upravnom vijeću u većem broju trebali biti zastupljeni predstavnici struke koji će, kako je propisano i člankom 17. izvještavati osnivača o svome radu kroz godišnja izvješća.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

516	<p>GRAD RIJEKA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15.</p> <p>Predlaže se izmijeniti članak 83. stavak 6. na slijedeći način: „Članove upravnog vijeća iz stavka 2. podstavka 1. i stavka 3. podstavka 1. ovoga članka imenuje osnivač na prijedlog ministra, članove upravnog vijeća iz stavka 3. podstavka 2., stavka 4. podstavka 1. imenuje osnivač na prijedlog pročelnika upravnog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave, odnosno na prijedlog pročelnika upravnog tijela jedinice lokalne samouprave, odnosno Grada Zagreba nadležnog za zdravstvo, članove upravnog vijeća iz stavka 5. podstavka 1. ovoga članka imenuje osnivač na prijedlog pročelnika upravnog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba nadležnog za zdravstvo, a člana upravnog vijeća iz stavka 5., podstavka 2. ovoga članka imenuje Vlada Republike Hrvatske., Naime, u stavku 4. istog članka utvrđeno je da upravno vijeće zdravstvene ustanove čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) i Grad Zagreb te jedinica lokalne samouprave ima pet članova i čine ga predstavnici: - osnivača (predsjednik i dva člana), - radnika ustanove (dva člana). S obzirom da se utvrđuje da članove upravnog vijeća imenuje osnivač u konkretnom slučaju kada je jedinica lokalne samouprave osnivač specijalne bolnice, smatramo da je potrebno propisati da prijedlog za imenovanje članova vijeća daje pročelnik upravnog tijela jedinice lokalne samouprave nadležnog za zdravstvo.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
517	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15.</p> <p>U novom tekstu čl. 83. st. 3. podst.2. predložimo izmijeniti na način da umjesto “jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba (jedan član)“, glasi, „jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba (jedan član)“. Također, u st. 4. predložimo izmijeniti na način da umjesto „Upravno vijeće zdravstvene ustanove čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave i Grad Zagreb te jedinica lokalne samouprave ima pet članova i čine ga predstavnici:...“ glasi „Upravno vijeće zdravstvene ustanove čiji je osnivač jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb te jedinica lokalne samouprave ima pet članova i čine ga predstavnici:....“ Vezano uz predloženu novu odredbu čl. 83. st. 10. koja se odnosi mandat članova upravnog vijeća predložimo propisati da je mandat članova upravnog vijeća ograničen na najviše dva mandata od četiri godine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
518	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15.</p> <p>Predlaže se brisati članak 15. Prijedloga koja se odnosi na članak 83. Stvaranje dodatnog troška bez povećanja funkcionalnosti upravnog vijeća.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

519	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Predlaže se: - član upravnog vijeća i ravnatelj ne smiju biti članovi političke stranke (ukoliko želimo da javno zdravstvo bude nadstranačka tema) - članovi upravnog vijeća moraju priložiti potvrdu o nekažnjavanju - definirati kaznenu i materijalnu odgovornost za članova upravnog vijeća ukoliko ne rade sukladno zakonskim propisima</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
520	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. zašto ne bi svi ravnopravno sudjelovali u Upravnom vijeću Doma zdravlja, dakle uz radnike i osnivača (koji ionako brojčano nadglasava radnike...) da postoji predstavnik privatnih djelatnika u domeni toga doma zdravlja, i pacijenata npr., jer kao oni bi trebali biti smisao postojanja zdravstvene službe općenito...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
521	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 15. 3/5 članova upravnog vijeća zdravstvenih ustanova bira osnivač, što je država ili županija. Dakle, to su 3 političke funkcije koje će nadzirati trenutna vlast. Članstvo u upravnom vijeću treba potpuno depolitizirati, omogućiti otvorene izbore i dati mandat na godinu dana. Nakon godine dana se rad evaluira te primjereno nagrađuje ili kažnjava. Upravna vijeća moraju imati odgovornost za svoje odluke i za loše rezultate koje ustanova napravi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
522	<p>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. U članku 83. stavku 6. riječi: „preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij ili specijalistički diplomski studij“ predložimo zamijeniti riječima: „sveučilišni odnosno stručni prijediplomski i diplomski studij ili sveučilišni integrirani prijediplomski i diplomski studij“. Nazivi završenih studija moraju se uskladiti s odredbama članka 58., 59., i 60. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
523	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 15. 3/5 članova upravnog vijeća zdravstvenih ustanova bira osnivač, što je država ili županija. Dakle, to su 3 političke funkcije koje će nadzirati trenutna vlast. Članstvo u upravnom vijeću treba potpuno depolitizirati, omogućiti otvorene izbore i dati mandat na godinu dana. Nakon godine dana se rad evaluira te primjereno nagrađuje ili kažnjava. Upravna vijeća moraju imati odgovornost za svoje odluke i za loše rezultate koje ustanova napravi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

524	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Predviđa da upravno vijeće zavoda za javno zdravstvo i zavoda za hitnu medicinu čiji je osnivač JP(R)S ima po novome 7 članova i to predsjednik i 3 člana od strane osnivača, 1 član od strane RH i 2 člana od strane radnika ustanove. Je li ovaj model omaškom ostao od ranijih projekcija nacrtu Zakona ili se uvodi novi model upravljanja u koji bi ušla i država? Iz obrazloženja Zakona nije bila vidljiva ta namjera pa se čini da je ovo ostalo iz ranijih tekstova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
525	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Potrebno je depolitizirati Upravna vijeća. Predlažemo raspisivanje javnog natječaja za članove upravnih vijeća te izbor kompetentnih osoba u upravno vijeće koji imaju znanja o zdravstvu, a ne kao dosada kada imamo članove upravnih vijeća koji imaju znanja o zdravstvu toliko kako se podiže lijek na recept ili kako izgleda posjet liječniku. Svakako bi jedan član trebao biti predstavnik pacijenata, dok je nepotrebno imati dva člana predstavnika radnika. Jedan član predstavnika radnika neka se bira na tajnim izborima na nivou cijele zdravstvene ustanove, jer je i ova pozicija postala politikantska.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
526	<p>Vitomir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Sastav Upravnih vijeća treba depolitizirati a u sastav uključiti predstavnike osiguranika, jer oni su važni .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
527	<p>ANA MARIJA BREBRIĆ DOMITROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Izbori svake godine, volonterski</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
528	<p>Ivan Žokalj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Predlažem izmjenu stavka 7.na način neka u izboru jednog člana vijeća kojeg je dosad imenovalo Radničko vijeće sudjeluju svi zaposlenici ustanove dok bi u izboru drugog člana kojeg je dosad biralo Stručno vijeće sudjeluju svi zdravstveni radnici ustanove sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili integriranim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem(radi se uglavnom o liječnicima, diplomiranim medicinskim sestrama/tehničarima, mag.sestrinstva, mag.medicinske biokemije i mag.farmacije). Kandidati bi obavezno morali priložiti kratki životopis i program rada. Člankom bi ujedno trebalo predvidjeti mogućnost opoziva dvojice biranih članova u slučaju kada većina djelatnika ustanove smatra kako ne rade na korist ustanove.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

529	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. moje utopijsko razmišljanje: zašto ne bi svi ravnopravno sudjelovali u Upravnom vijeću Doma zdravlja, dakle uz radnike i osnivača (koji ionako brojčano nadglasava radnike...) da postoji predstavnik privatnih djelatnika u domeni toga doma zdravlja, i pacijenata npr., jer kao oni bi trebali biti smisao postojanja zdravstvene službe općenito... ili jednostavno ako se želi zadržati dosadašnja struktura glasanja donošenja odluka (osnivač donosi sve odluke) čemu trošiti novac? dovoljna su i 2 člana...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
530	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Nepotrebno velik broj predstavnika osnivača u UV domova zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
531	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Upravno vijeće domova zdravlja trenutno ima 3 člana (od 5 ukupno) postavljena od strane osnivača tj. lokalne politike, koji su uz to najčešće postavljeni po zaslugama i po stranačkoj liniji, a svojom matičnom strukom su vrlo udaljeni od medicine, čime se u startu osigurava dovoljan broj "podizača ruku" da se pri donošenju odluka proguraju svi lokalni dnevnopolitički interesi, koji su puno širi i "važniji" od same dostupnosti i kvalitete zdravstvene skrbi, te često nauštrb poslovanja same ustanove i protivno interesima kako pacijenata tako i zdravstvenih djelatnika. Predlažem da se broj predstavnika osnivača smanji na dva (predsjednik i jedan član), a preostalo mjesto u upravom vijeću da ispuni predstavnik pacijenata.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
532	<p>Vedran Kovacic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. U članku 15. bespotrebno se gomila broj članova Upravnog vijeća na 7 (za opće bolnice, te za zavode za javno zdravstvo i zavod za hitnu medicinu čiji je osnivač jedinica područna (regionalne) samouprave i Grad Zagreb). Tako puno članova vijeća otežava donošenje odluka (a i dodatni je financijski izdatak). Dakle, predlažem za sve zdravstvene ustanove 5 članova vijeća, na način da se za opće bolnice vijeće sastoji od: - osnivača (predsjednik i jedan član) - jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba (jedan član) - radnika ustanove (dva člana) izv.prof.dr.sc. Vedran Kovačić, dr.med. specijalist opće interne medicine, uži specijalist nefrologije, uži specijalist intenzivne medicine, specijalist hitne medicine Zavod za hitnu i intenzivnu medicinu te kliničku farmakologiju s toksikologijom Klinike za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Split</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

533	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 15. Domove zdravlja osnivaju jedinice područne samouprave i u svom statutu su nadležni za provođenje primarne zdravstvene zaštite NA PODRUČJU ZA KOJE SU OSNOVANI. Dakle, nadležni su i za organizaciju rada u suradnji s privatnim ordinacijama PZZ. Zar ne bi bilo logično da i predstavnici privatnih ordinacija sa dva člana budu dio upravnog vijeće, ili na neki drugi način sudjeluju u donošenju odluka nadležnog Doma zdravlja? Uzmimo u obzir i sadašnju situaciju da su Domovi zdravlja najmodavci privatnim ordinacijama. Donose poslovne odluke u smislu komunalnih usluga i isporuke energije što naplaćuju ordinacijama a da ordinacije nemaju nikakvog utjecaja na ugovaranje tih usluga. Da ne govorimo o održavanju. Imamo slučajeve gdje se na korist Doma zdravlja ugovori najam prostora za svjetleće reklame, za kafe aparate i slične potrošače struje i vode a to se onda dijeli "ravnopravno" na sve ordinacije u toj zgradi - koje to nisu ni tražile niti imaju bilo kakav interes u tome. Domu zdravlja ide profit a troškovi se dijele svima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
534	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17. Nedovoljno definirani kriteriji zdravstvene edukacije u području upravljanja, poslijediplomski studij, ubrzani online tečaj, volonitranje?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>
535	<p>Štefan Rukavina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17. članak 85., uvjeti za ravnatelja – treba ga uskladiti s izmjenama i dopunama Zakonom o hrvatskom kvalifikacijskom okviru koji je usvojen u veljači 2021. godine kao i Zakonom o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti kojim su izjednačeni stručni i sveučilišni studiji, svi drugi zakoni su to već propisali prije (provođe sve županije gradovi, ministarstva, agencije , itd.) – uvjet: završen sveučilišni preddiplomski i diplomski studij ili sveučilišni integrirani preddiplomski i diplomski studij ili specijalistički diplomski studij – univ mag ili mag . Za ravnatelja – umjesto „radnog iskustva u struci“ logičnije je propisati uvjet radnog iskustva na rukovodećim funkcijama ili poslovima upravljanja, gotovo svi su tako propisali npr.HZZO, tvrtke u državnom vlasništvu itd. ili radno iskustvo u području zdravstvenog sustava- jer sve je to logičnije, nego radno iskustvo u struci</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

536	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Člankom 17. propisuju se dodatni uvjeti koje moraju ispunjavati ravnatelj zdravstvene ustanove i njegov zamjenik, na način da moraju imati završenu dodatnu edukaciju iz područja upravljanja u zdravstvu, kao dodatne kompetencije koje će unaprijediti upravljanje zdravstvenom ustanovom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
537	<p>Matica hrvatskih sindikata NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Predlažemo da se u članku 85. stavak 2. iza riječi: "zamjenika" dodaju riječi: "i pomoćnika za sestrinstvo - glavnu sestru zdravstvene ustanove". U istom stavku iza riječi: "poslovanje" brišu se riječi: "pomoćnika za sestrinstvo - glavnu sestru zdravstvene ustanove" Obrazloženje: Medicinske sestre i medicinski tehničari čine najbrojniju profesiju u sustavu zdravstva. Sestrinstvo je važan i nezaobilazan segment zdravstvenog sustava bez kojeg pružanje zdravstvene zaštite nije moguće. Pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo - glavna sestra zdravstvene ustanove organizira, upravlja, koordinira i rukovodi radom medicinskih sestara/tehničara, zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika te surađuje sa svim djelatnostima koje su u službi potpore procesu zdravstvene njege, organizira sestrinsku djelatnost u skladu s potrebama i postojećim resursima, planira razvoj sestrinstva i potrebe za zdravstvenom njegom, radi na unaprjeđenju kvalitete zdravstvene zaštite, surađuje sa stručnim društvima u zemlji i inozemstvu, potiče suradnju i vrši promociju sestrinstva. Stoga je opravdano i nužno da ravnatelj zdravstvene ustanove „ima“, a ne „može imati“ pomoćnica za sestrinstvo – glavnu sestru zdravstvene ustanove.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

538	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>U čl. 85. u st. 9. i 10. predlažemo propisati da je mandat ravnatelja ograničen na najviše dva mandata od četiri godine. Također, predlažemo propisati i dodatan uvjet za imenovanje - da mandat ravnatelja istekne do ispunjenja uvjeta za starosnu mirovinu sukladno posebnom propisu. HLK snažno zagovara uvođenje instituta ograničenja broja mandata u zdravstvene ustanove. I to kroz preciznu, jasnu i nedvosmislenu zakonsku odredbu, a ne kroz neki podzakonski akt, pravilnik, koji svaki ministar može promijeniti kada god poželi. Odredbu koja će vrijediti za sve razine upravljanja u zdravstvenim ustanovama, od ravnatelja i upravnih vijeća do šefova klinika, zavoda i odjela. Na taj će se način, mišljenja smo, promijeniti paradigma upravljanja u hrvatskom zdravstvu. Promijenit će se logika, motivacija i način obnašanja voditeljskih funkcija. Činjenica „prolaznosti“ svih voditelja trebala bi izvući najbolje od njih u pozitivnom, kreativnom smislu, a eliminirati negativne učinke koje sa sobom nosi vječno šefovanje. Negativnih strana je mnogo, od koruptivnog potencijala koji s vremenom raste, preko izostanka preispitivanja i objektivne evaluacije rada do vođenja negativne i nekompetitivne kadrovske selekcije. Vezano uz predloženi test novog st. 11. predlažemo jasnije definiranje „dodatne edukacije iz područja upravljanja u zdravstvu“ na način da se precizira trajanje edukacije, vrednovanje edukacije odnosno programi edukacije koji se moraju završiti. (npr. ECTS bodovi).</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>
539	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Predlaže se brisati članak 17. Prijedloga koja se odnosi na članak 10. stavak 11. Uvođenje dodatnih kriterija u načelu bi trebalo dovesti do povećanje razina kvalitete upravljanja i vođenja ustanova. Međutim, definiranje "dodatne edukacije iz područja upravljanja u zdravstvu" nedovoljno definira potrebna znanja i vještine dobivena u dodatnoj edukaciji te otvara potencijalno financijsko pogodovanje provoditeljima edukacije. Ovo ne rješava mnogo veći problem nejasnih i ograničenih prava, obveza i odgovornosti ravnatelja za upravljanje javnim zdravstvenim ustanovama, bez obzira na njihovu formalnu edukaciju</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>
540	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Predlaže se čl. 85. nadopuniti: - ravnatelj ne smije biti član političke stranke (ukoliko želimo da javno zdravstvo bude nadstranačka tema) - izbor ravnatelja zdravstvene ustanove se provodi na način da zaposlenici ustanove na izborima biraju ravnatelja - kandidat za ravnatelja mora priložiti potvrdu o nekažnjavanju - definirati kaznenu i materijalnu odgovornost ravnatelja ukoliko ne rade sukladno zakonskim propisima</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

541	<p>Vitimir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>U okviru studija potrebno je uvrstiti sadržaje koji su vezani za poslovno upravljanje , jer je to naprosto danas standard koji je logičan, i kojim se otvara mogućnost veće zdrave konkurencije u izboru rukovoditelja na svim razinama, uz temeljni preduvjet depolitizaciju. Nakon toga, kroz sadržaje cjeloživotnog učenja kao logičnog nastavak stalnog stručnog usavršavanja prethodno stečeno znanje se nadopunjuje. To je proces koji je prisutan i u drugim područjima i već je odavno trebao biti i u području zdravstva. Nikakvi posebni naknadni programi to ne mogu nadomjestiti. Moramo gledati u budućnost i mladima pružiti nadu i šansu da ostanu ovdje. Zatečeno stanje moguće je poboljšati na način da postojeći kadrovi koji ispunjavaju predispozicije za rukovoditelje pohađaju određeni program koji je moguće oblikovati i realizirati u okviru Državne škole za javnu upravu , koja se potvrdila kao relevantan čimbenik u procesu edukacije.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>
542	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Dodatna edukacija na predloženi način nije ništa drugo nego pogodovanje privatnim lobijima/poslovnim školama, tim više što je edukacija skupa (20.000 kn za 2 semestra) te nije na jednaki način dostupna svima, što znači da za mjesto ravnatelja nisu svi jednaki pred zakonom čime se vrijeđa temeljno ustavno pravo. Nadalje, da li doista nekakva edukacija može biti više od završenog fakulteta medicinske, pravne ili ekonomske struke koji bi bili jedini kompetentni za upravljanje zdravstvenom ustanovom. U današnje vrijeme pronaći dvije osobe sa završenom edukacijom koje bi vodile zdravstvenu ustanovu, ravno je nuli. Dosada se nikakav menadžment nije priznavao kao dodatna edukacija, pa tako niti menadžment u zdravstvu, jer, imamo npr. i menadžera za ljudske potencijale koji bi mogao upravljati kadrovima, pa to nije uvjet da bi osoba mogla biti rukovoditelj kadrovskih poslova. Nadalje, preduvjeti za upis ovakvih edukacija je završena srednja škola, što nam dovoljno govori da je cilj ovakvih edukacija zarada, a ne kvaliteta. Predlažemo brisati ovaj članak.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>

543	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Edukacija Cijenimo pokušaj profesionalizacije kadra, ali mišljenja smo da bi bolje rješenje bila veća dostupnost, pod jednakim uvjetima na javnom sveučilištu/učilištu - omogućavamo samo bogatijim kandidatima edukaciju i pristup radnom mjestu, a ne kvalitetnijim. Ukoliko bi se ista omogućila pod jednakim uvjetima svima, postala dio javnog obrazovanja, pa čak i pod uvjetom prijemnih ispita, o navedenome bi se tek onda moglo govoriti o adekvatnim rezultatima koja će dati najkvalitetniji kadar za upravljanje u sustavu zdravstva. Također smatramo da se treba omogućiti prijelazni period, odnosno omogućavanje izabranim kandidatima za koje se ocijeni da su najkvalitetniji na natječaju za ravnatelja, odnosno postojećim ravnateljima period u kojem su dužni ispuniti uvjet. Daljnji prijedlog je da se omogući dvostruki uvjet – ili godine iskustva na odgovarajućim rukovodećim poslovima ili dodatna edukacija. Trenutno ograničen krug privatnih učilišta omogućava ove edukacije, uz visoke školarine. Ravnatelji koji imaju godine iskustva na rukovodećim položajima, stavljeni su u nepovoljniji položaj od kolega koji su prošle edukaciju u trajanju od pola godine.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>
544	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Iz predloženog nije jasno definirano trajnije edukacije, što bi točno obuhvaćala kao niti tko bi je provodio. Predlažemo jasnije definirati ovu obvezu.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>
545	<p>Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Predlažemo da se u članku 85., stavak 2. iza riječi: "zamjenika" dodaju riječi: "i pomoćnika za sestrinstvo - glavnu sestru zdravstvene ustanove" U istom stavku iza riječi: "poslovanje" brišu se riječi: "pomoćnika za sestrinstvo - glavnu sestru zdravstvene ustanove" Obrazloženje: Pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo - glavna sestra zdravstvene ustanove u Upravi zastupa i predstavlja te rukovodi najvećim brojem zdravstvenih radnika u sustavu zdravstva, koordinira odnose između Uprave, medicinskih sestara, nezdravstvenih radnika, ali i pacijenata te nadzire sestrinsku službu koja je organizirana tijekom 24 sata na dan. Najnovija praksa je pokazala da je zbog formulacije "može" u nekim ustanovama ukinuto mjesto glavne sestre, obzirom na tumačenje kako se isto može ukinuti, jer je u kategoriji "može", a ne "mora".</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
546	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17.</p> <p>Nije definiran akademski stupanj te edukacije tj koliko traje, što točno obuhvaća i tko ju provodi</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>

547	<p>Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 17. Nije određeno koliko bi takva edukacija trajala i što bi točno obuhvaćala, te tko bi ju provodio.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, odredba je redefinirana, a dodatni uvjet bit će uređen podzakonskim aktom.</p>
548	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. Apsudno je pozivanje na zakon kojim se definira sukob interesa jer nema konkurencije u zdravstvu. Tko je konkurencija Domu zdravlja ili bolnici? Pravila se moraju jasno definirati - smije li ravnatelj bolnice ili Doma zdravlja obavljati zdravstvene djelatnosti u drugoj javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
549	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 18. Potrebno je regulirati kaznene odredbe za ravnatelje. Zdravstvene ustanove funkcioniraju na ogromnom broju prekovremenih sati koji su protuzakoniti i za to nitko ne odgovara. Uvesti odredbu koja će skidati određen dio plaće ravnatelju i zamjenicima za svaki prekovremeni sat koji se odrađuje u bolnici. Njihov je posao i odgovornost da organiziraju rad na način da prekovremeni rad bude iznimka (kao što je definirano u zakonu o radu), a ne pravilo. Ravnateljima je potrebno zabraniti svaki drugi rad osim funkcije ravnatelja (rad na drugom radnom mjestu u istoj ustanovi, drugoj ustanovi, privatni rad, sjedenje u Saboru itd.)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
550	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 18. Potrebno je regulirati kaznene odredbe za ravnatelje. Zdravstvene ustanove funkcioniraju an ogromnom broju prekovremenih sati koji su protuzakoniti i za to nitko ne odgovara. Uvesti odredbu koja će skidati određen dio plaće ravnatelju i zamjenicima za svaki prekovremeni sat koji se odrađuje u bolnici. Njihov je posao i odgovornost da organiziraju rad na način da prekovremeni rad bude iznimka (kao što je definirano u Zakonu o radu), a ne pravilo. Ravnateljima je potrebno zabraniti svaki drugi rad osim funkcije ravnatelja (rad na drugom radnom mjestu u istoj ustanovi, drugoj ustanovi, privatni rad, sjedenje u Saboru itd.)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
551	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. Brisati stavak 4., jer ako ravnatelj ima pravo na plaću i sva materijalna i druga prava iz radnog odnosa, onda nema mjesta primjeni propisa za sprječavanje sukoba interesa. Ravnatelj tada nije dužnosnik.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

552	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. Ravnatelj : Znatan dio ravnatelja zdravstvenih ustanova je nezdravstvenog kadra te uz poslove ravnatelja obavlja i poslove svoje primarne struke, znači li to da oni neće moći nastaviti obavljati navedene poslove, odnosno da će ravnatelj zdravstvene struke imati veća prava od ravnatelja nezdravstvene struke.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
553	<p>Vitomir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. Ravnatelj zdravstvene ustanove za vrijeme obnašanja te zahtjevne i odgovorne dužnosti treba biti 100 % u tom poslu, što znači da nema vremena i objektivno ne može istovremeno biti na "dvije stolice" , npr. zastupnik/ca u Hrvatskom saboru i sl. Ako osoba želi biti nešto drugo u tom slučaju treba birati novog ravnatelja koji će se u potpunosti posvetiti zdravstvenom poslu u bolnici, domu zdravlja, zavodu i sl.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
554	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. U stavku 3. , predložimo da se iz istog izbriše riječ „zdravstvena“ djelatnost jer iz navedenog proizlazi da samo ravnatelj koji je zdravstvene struke smije obavljati i druge poslove iz djelatnosti ustanove. Obzirom da ravnatelj zdravstvenih ustanova ne moraju biti nužno zdravstveni radnici, proizlazi da ravnatelj drugih struka ne bi smjeli obavljati druge poslove u ustanovi koji se tiču njihove struke, a to onda dovodi do neravnopravnog položaja ravnatelja zdravstvenih ustanova koji nisu zdravstvene struke.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
555	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. Potrebno je jasno definirati da li ravnatelj može obavljati neku drugu djelatnost u nekim drugim ustanovama osim poslova ravnatelja u matičnoj ustanovi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
556	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 18. Apsudno je pozivanje na zakon kojim se definira sukob interesa jer nema konkurencije u zdravstvu. Tko je konkurencija Domu zdravlja ili bolnici? Pravila se moraju jasno definirati - smije li ravnatelj bolnice ili Doma zdravlja obavljati zdravstvene djelatnosti u drugoj javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

557	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 19. Neprihvatljivo je da se dane odluke na razini regionalne samouprave stavljaju na razinu pojedinca (župana) a ne županijske skupštine te se time potiče korupcija i nepotizam.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
558	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 19. Članak 19, koji se odnosi na čl. 86a) kaže: "Kod općih bolnica čija će osnivačka prava ovim zakonom biti prenesena na RH, upravno vijeće imenuje i razrješuje ravnatelja uz prethodno pribavljeno mišljenje župana jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i uz suglasnost ministra". Ovo je samo pokušaj da se umiri prethodne vlasnike bolnica-županije; rok za dostavljanje tog mišljenja je vrlo kratak; nije jasno definirano što ako je mišljenje župana negativno.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
559	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 19. Ovim Prijedlogom predviđa se prenošenje osnivačkih prava, a imenovanje i razrješavanje ravnatelja uz prethodno pribavljeno mišljenje župana jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i uz suglasnost ministra. Međutim, rok za dostavljanje tog mišljenja je vrlo kratak te nije jasno definirano koji je postupak ukoliko je mišljenje negativno. Predlaže se brisanje članka 19. ovog Prijedloga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
560	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 19. Kad se govori o prijedlogu Zakona o zdravstvenoj zaštiti govori se o depolitizaciji zdravstvenog sustava, a unosi se odredba da ravnatelja opće bolnice imenuje Upravno vijeće, uz pribavljeno mišljenje župana i suglasnost Ministra.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
561	<p>Vitomir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 19. Riječ "župan" zamijeniti s riječju "županijska skupština".</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
562	<p>Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 20. U članku 96.dodati stavak 6. koji glasi: (6) Odredbe ovog članka ne odnose se na Ustanove za zdravstvenu njegu u kući. Obrazloženje: U ovim Ustanovama ne nalaze se i ne primjenjuju se nikakvi lijekovi tako da ovo Povjerenstvo čija je zadaća propisana ovim člankom u Ustanovama za zdravstvenu njegu nema nikakvu svrhu niti zadatke koje mogu obavljati, već je Ustanovama samo obveza, a o čemu smo već i upozoravali.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 20.

U vezi s člankom 20. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti naša članica navodi sljedeće: Tko određuje i definira ishode za pojedinu šifru dijagnoze? Koji podaci o bolesniku se moraju pratiti za pojedinu šifru dijagnoze? Uzimaju li se u obzir ishodi puta liječenja bolesnika (primarna dijagnostika, multidisciplinarnost, vrijeme čekanja operacije, stadij bolesti u kojem se bolesnik javlja, suradljivost bolesnika, odgađanje terapije, subdoziranje bolesnika radi financijskih ušteda...) ili samo usporedba rezultata studija sa stvarnom kliničkom praksom i korištenje odstupanja za snižavanje cijene terapije. Hoće li se usporedba rezultata koristiti za poboljšanje kvalitete liječenja onih centara koji imaju lošije ishode, a ne samo urušavanje cijene terapije? Uzima li se u mjerenje ishoda i izvrsnost centara u kojima se bolesnici liječe tj. kako uskladiti mjerenje ishoda sa centrima izvrsnosti za pojedine bolesti i onim centrima koji to nisu. Kako definirati vrijednost ishoda preživljenja naspram kvalitete života. S obzirom da rezultati ishoda liječenja ovise o putu liječenja bolesnika na koji utječu mnogi čimbenici (primarna dijagnostika, multidisciplinarnost, vrijeme čekanja operacije, stadij bolesti u kojem se bolesnik javlja, suradljivost bolesnika, odgađanje terapije, subdoziranje bolesnika radi financijskih ušteda...) potrebno je pravilnikom definirati jedinstvene kriterije za mjerenja rezultata ishoda liječenja prema odobrenim indikacijama i lijekovima na fondu PSL koje će prema odobrenim rješenjima zasebno za svaku indikaciju po bolesniku i lijeku pratiti PzL zdravstvenih ustanova. Prijedlog kriterija za praćenje učinka lijeka: 1. potrošnja lijeka prema odobrenoj indikaciji na Fondu za PSL • prosječna potrošnja po bolesniku u mg, kutijama i financijski po ciklusu, mjesecu i ukupno • prosječna potrošnja za sve bolesnike u mg, kutijama i financijski po ciklusu, mjesecu i ukupno 2. duljina trajanja liječenja prema odobrenoj indikaciji i lijeku na Fondu za PSL temeljem odobrenih Rješenja, • median/prosjek planiranih mjeseci (ciklusa) na terapiji • median/prosjek realiziranih mjeseci (ciklusa) na terapiji 3. razlog prekida terapije - Da li je PzL zdravstvene ustanove dostupan podatak o razlogu prestanka terapije (toksičnost, nuspojava, progresija, terminalna faza bolesti, smrt). 4. odgovor na terapiju (potpun, djelomičan, bez odgovora) Analiza usporedbe ovih ishoda liječenja lijekom iz RWD i ishoda liječenja lijekom prema studijskim podacima, kao i usporedba ishoda liječenja lijekom iz RWD po ustanovama trebala bi Zavodu poslužiti prvenstveno za podizanje kvalitete zdravstvene zaštite. Dok se ne postignu uvjeti za praćenje i analizu svih čimbenika koji utječu na ishode liječenja, Zavod dobivene rezultate ne smije koristiti kao sredstvo za spuštanje cijene lijeka ili skidanje lijeka s Liste lijekova i Popisa PSL-a. Zavod bi jednom godišnje na svojim stranicama trebao objaviti izvješće o ishodima liječenja i broju liječenih bolesnika po ustanovama za odobrene lijekove i indikacije na fondu PSL.

564	<p>HGK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 21. Naša članica predlaže da se u članku 97. stavku 6 doda podstavak 4 koji glasi: “– provodi kontrolu sukladnosti medicinskih proizvoda zdravstvene ustanove sukladno zakonu o medicinskim proizvodima”</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
565	<p>SLAĐANA ŠTRKALJ - IVEZIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 21. uvesti među mjere zdravstvene zaštite u članku 21. kao što je navedeno osiguravanje palijativne skrbi - osiguravanje mobilnih timova za pružanje intervencija u kući korisnika za osobe s problemima mentalnog zdravlja Te dodati: - mobilni timovi se osnivaju za osobe s težim psihičkim poremećajima - mobilne timove može osnovati: svaka ustanova koja ima djelatnost zaštite mentalnog zdravlja: dom zdravlja, zavod za javno zdravstvo, specijalne psihijatrijske bolnice, opće bolnice,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
566	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 22. Predlaže se jasnije definirati odgovornost ravnatelja i upravnog vijeća. Naime, odgovornost ravnatelja i upravnog vijeća ne može biti definirana Statutom zdravstvene ustanove jer će na taj način svaka ustanova isto različito definirati ili neće uopće definirati. Odgovornost mora biti određena kroz pojedine članke Zakona, te mora postojati kaznena i materijalna odgovornost ravnatelja i članova upravnog vijeća za kršenja zakona o radu, kršenje zakona o zdravstvenoj zaštiti, kršenje kolektivnih ugovora kojim su definirana prava zaposlenika</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
567	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 22. Prethodno citirano pravno pravilo nalaže zdravstvenim ustanovama da u svoje statute uvrste odredbu o pravima, obvezama i odgovornostima ravnatelja i upravnog vijeća u svezi financijskog poslovanja ustanove. Smatramo kako predmetna odredba nije u dovoljnoj mjeri precizna i konkretna te ostaje nejasno o kojoj vrsti odgovornosti ravnatelja i upravnog vijeća se radi te se ostavlja prostor za neusklađenost u regulaciji prava, obveza i odgovornosti ravnatelja i upravnih vijeća zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj. Članak 85. važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisuje kako je ravnatelj odgovoran za zakonitost rada, a u članku 88. propisuje razloge za razrješenje ravnatelja iz kojih se može zaključiti kako je ravnatelj već sada odgovoran za financijsko poslovanje zdravstvene ustanove. Stoga je nejasno o kakvoj je dodatnoj odgovornosti ravnatelja riječ u predmetnom čl. 22. prijedloga Izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

568	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 22. Tekst promijenti u: "prava, obveze i odgovornosti ravnatelja i članova upravnog vijeća u vezi s financijskim poslovanjem u zdravstvenoj ustanovi u cilju zakonitog, namjenskog i svrhovitog korištenja financijskih sredstava"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
569	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 23. Zakon o ustanovama ne propisuje osnivanje podružnica, isto propisuje Zakon o trgovačkim društvima. Podružnice imaju pravnu osobnost i upisuju se u sudski registar. Stoga treba brisati ovaj članak.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
570	<p>Hrvatska ljekarnička komora NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 23. Članak 23. Predlaže se izmijeniti članak 101.a tako da glasi: - „Zdravstvene ustanove iz članka 100. i 101. ovoga Zakona te ljekarničke zdravstvene ustanove mogu osnivati podružnice sukladno zakonu kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova.“ Obrazloženje: Potrebno je propisati da ljekarničke zdravstvene ustanove mogu imati podružnice sukladno zakonu kojim se uređuje osnivanje i ustrojstvo ustanova, na odgovarajućem mjestu u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, ako ovdje nije prikladno.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
571	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24. Apsolutno je neprihvatljivo da se spajaju sva 3 doma zdravlja u Gradu Zagrebu, pošto svaki od njih pojedinačno skrbi o većem broju stanovnika nego li ih ima u pojedinim županijam. Što zbog geografske što zbog čiste populacijske specifičnosti postoje prevelike razlike unutar danih populacija da bi se njima dovoljno kvalitetno upravljano. Uostalom nije definirano kako bi uopće izledalo spajanje tih domova zdravlja te bi li prijašnje bivše sastavnice zadržale autonomiju nad svojim područjem? Također, od sva 3 doma zdravlja samo DZZ Istok ne grca u dugovima, hoće li se spajanjem tih domova preuzeti upravljačka politika onoga koji nije u minusu ili će se nametnuti politika onda druga dva koji su u minusu?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

572	<p>Dubrovačko-neretvanska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.</p> <p>Komentar Predlažemo da članak 102. stavci 2. i 4. glase: (2) Na području jedinice područne (regionalne) samouprave osniva se u pravilu jedan dom zdravlja. (4) Jedinica područne (regionalne) samouprave može zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite osnovati i više domova zdravlja. Obrazloženje</p> <p>Ukoliko je osnivač domova zdravlja županija kao jedinici područne (regionalne) samouprave potrebno je ostaviti mogućnost samoodređivanja potrebnog broja domova zdravlja. Kao odgovorni osnivač ima uvida u potrebe svojih žitelja kao i financijsko praćenje domova zdravlja. Ne treba mijenjati niti odredbu o mogućnosti osnivanja doma zdravlja na otoku. Trenutnih pet domova zdravlja je dobar primjer organizacije i funkcioniranja zdravstvene zaštite na Dubrovačko-neretvanskom području. Naime, Dubrovačko-neretvanska županija je geografski rasprostranjena na preko 220 km, te se sastoji od tri specifična i različita područja (otočno, neretvansko i šire dubrovačko) koje svako za sebe iziskuje različite oblike zdravstvene zaštite stanovništva. Najbolji primjer nam je naš Dom zdravlja "Dr. Ante Franulović" u Veloj Luci koji pokriva/obuhvaća područje zapadnog dijela otoka Korčule i otoka Lastova koji su udaljeni više od 150 km županijskom središtu, a posebice otok Lastovo koji zahtjeva putovanje od dana i pol s dva trajekta u polasku i povratku. U svrhu zadržavanja dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite domovi zdravlja dogovaraju i osiguravaju dolazak specijalista u svaki dom zdravlja. Svatko je odgovoran za svoje područje. Predviđa se da bi osnivanjem jednog županijskog doma zdravlja kvaliteta zdravstvene zaštite mogla opasti posebice u udaljenim ruralnim i otočnim područjima, a pokazatelja za veće i posebice dugotrajnije uštede nisu vidljive.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

573

**GRAD ZAGREB
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 24.**

„U članku 102. stavak 2. mijenja se i glasi: „Na području jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba osniva se jedan dom zdravlja.“

Komentar: Smatramo da Grad Zagreb ima pravo sudjelovati u odlučivanju o osnivanju, ukidanju, odnosno spajanju zdravstvenih ustanova čiji je osnivač. Naime, Ustavni sud je u svojoj Odluci broj: U-I-4633/2010 od 6. ožujka 2011. zauzeo stajalište kako jedinice područne (regionalne) samouprave imaju pravo suodlučivanja kod osnivanja i ukidanja, odnosno spajanja zdravstvenih ustanova na svom području. Posebno je to bitno u situaciji kad su jedinice područne (regionalne) samouprave ujedno i osnivači zdravstvenih ustanova. Ustavni sud u svojoj odluci navodi: „Gradu Zagrebu i županijama, kao zakonom ovlaštenim osnivačima zdravstvenih ustanova, pripadaju prava koja iz tog njihovog statusa proizlaze. Uz ta se osnivačka prava nad zdravstvenim ustanovama, kojima je Grad Zagreb osnivač, vezuju i sredstva za rad zdravstvenih ustanova, uključujući prihode koji se u toj djelatnosti ostvaruju (u daljnjem tekstu: osnivačka prava) pa se ona načelno imaju smatrati imovinom Grada Zagreba na koju se odnosi ustavno jamstvo prava vlasništva. ... jedino je ustavnopravno prihvatljivo da se jedinicama područne (regionalne) samouprave omogući aktivno sudjelovanje kod donošenja i izmjena mreže javne zdravstvene službe jer se samo na taj način osigurava da se na najoptimalniji način omogući ispunjenje obveze jedinica područne (regionalne) samouprave iz članka 129a. stavka 2. Ustava u svezi obavljanja poslova područnog (regionalnog) značenja iz područja zdravstva, koje su dužne dijelom ili potpuno financirati. Bez takve mogućnosti jedinice područne (regionalne) samouprave ostaju puki izvršitelji mreže javne zdravstvene službe, u kojoj ministar nadležan za zdravstvo s nadležnim komorama i zavodima gotovo samostalno određuje koje će se zdravstvene ustanove osnivati ili ukidati, odnosno spajati, bez da je osigurana mogućnost građana na području (regionalne) samouprave da u ostvarenju svog prava na lokalnu samoupravu utječu na tu mrežu, a upravo preko svojih predstavnika iz predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave.“

Slijedom navedenoga, smatramo da bez suglasnosti Grada Zagreba kao osnivača ne može doći do spajanja domova zdravlja na području Grada Zagreba s obzirom da je Ustavni sud u gore navedenoj Odluci takvo isključivanje Grada Zagreba iz odlučivanja o osnivanju, ukidanju, odnosno spajanju zdravstvenih ustanova čiji je osnivač ocijenio neustavnim.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

574	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.</p> <p>Zabrinjavajuće je da neki nisu proveli spajanja još od reforme 2002. godine kada je ovo bio dio zakonskog teksta. Dom zdravlja Koprivničko – križevačke županije je još davne 2002. godine proveo spajanje ispostava Doma zdravlja. Smatramo da domovi zdravlja koji još nisu spojeni, prema novome prijedlogu zakona o zdravstvenoj zaštiti budu proveli ovakvu integraciju da će isto pridonijeti u redukciji rashoda poslovanja, smanjenju kadra u radu uprave, na osnaživanju jedinstvenog rada ustanove te na boljoj zajedničkoj suradnji i povezivanju. Prednosti povezivanja domova zdravlja u jednu pravnu osobu na području županije u velikoj mjeri iznose pozitivne ishode.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
575	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.</p> <p>Ne može se osnovati podružnica, jer se ona osniva prema odredbama Zakona o trgovačkim društvima, a ne prema Zakonu o ustanovama. Pretpostavljamo da se misli na ispostavu doma zdravlja. Podružnica se upisuje u sudski registar, za razliku od ispostave.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
576	<p>DOM ZDRAVLJA NOVALJA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.</p> <p>Stavak 4. članka 102. ne treba mijenjati, ostaviti kao i do sada: „Jedinica područne (regionalne) samouprave može zbog specifičnosti pružanja zdravstvene zaštite osnovati dom zdravlja na otoku“. Ako su osnivači domova zdravlja županije, njima treba ostaviti mogućnost da same odrede broj domova zdravlja na svom području, jer će tako na najbolji mogući način njima upravljati. Treba imati na umu da nisu sve županije jednako razvijene, pa tako ni pojedina naselja unutar županija. Neki gradovi / općine pomažu domove zdravlja s većim iznosima nego što to rade županije. Lokalnoj samoupravi bitno je kakvu zdravstvenu zaštitu imaju njezini stanovnici, pa sukladno tome i pomažu domovima zdravlja. Iz dosadašnjih primjera okrupnjavanja javnih ustanova sigurno je samo, da će se povećati „administracija“ u središtu ustanove.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

577 **DARKO KLASIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.

Prilikom posljednje reorganizacije ustroja domova zdravlja u svrhu ostvarivanja uštede te poboljšanja iskoristivosti zajedničkih službi smanjen je broj domova zdravlja u Gradu Zagrebu sa 12 na 3 doma zdravlja koji svaki prostorno pokriva preko 250 000 osiguranika. Iako je namjera zakonodavca bila pozitivna i u prvim godinama rezultirala je smanjenjem zajedničkih službi, tijekom proteka vremena pokazala se nefunkcionalna i te je ista dovela i do pada kvalitete usluga i velikih problema u održavanju prostora. Namjera smanjenje djelatnika zajedničkih službi koji su u takvoj organizaciji smatrani viškom riješena je dokupom staža i dobrovoljnim otpremninama, da bi sada nakon više od 15 godina broj zaposlenika zajedničkih službi bio veći u odnosu kada je istu uslugu obavljalo 12 domova zdravlja, a velika većina poslova održavanja i čišćenja prostora prepuštena je outsourcing tvrtkama te je rezultiralo većim troškovima i nekvalitetnije održavanju. Kako sam Zagreb predstavlja skoro jednu četvrtinu Hrvatskog Zdravstva ovakvo udruživanje uz stvaranje možda najvećeg zdravstvenog mastodonta u Hrvatskoj, čime će se dodatno zagušiti operativnost i funkcionalnost zagrebačkog zdravstva, što će u krajnosti dovesti sigurno do pada kvalitete usluge kao i poteškoća u upravljanju tako velikim sustavom. S obzirom na organizacijskih probleme u upravljanju već sad velikih zagrebačkih Domova zdravlja koji su postali vidljivi za vrijeme covid krize, daljnje predimenzioniranje upravljačkog sustava u Zagrebačkom zdravstvu umanjit će funkcionalnost istih te sigurno povećati troškove rada. Stoga sam mišljenja da nije dobar prijedlog osnivanja samo jednog doma zdravlja u Gradu Zagrebu jer će isti obuhvaćati zdravstvenu skrb za preko 770 000 građana, kojim će upravljati zdravstveni mastodont sa preko 2000 zaposlenika. Prijedlog bi trebao zadržati sadašnje rješenje od minimalno 3 doma zdravlja, ukoliko se želi zadržati funkcionalnost sustava i održati kvaliteta usluga te ako nam je cilj ojačati primarnu zdravstvenu zaštitu.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

578 **Dom zdravlja Korčula**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.

Nastavno na nove zakonske prijedloge u svezi izmjena čl. 102. ZZZ, odnosno integracije domova zdravlja na razini regionalne samouprave, smatramo to korakom natrag u razvoju zdravstvene zaštite obzirom na, ipak, specifična područja kao što su npr. otoci. Iako nam nisu poznate analize MIZ, koje bi uspoređivale „cost/benefit“ koncepta integriranih i neintegriranih otočkih domova zdravlja koji u sustavu postoje zadnjih dvadesetak godina (prva integracija provela nakon donošenja ZZZZ 2002. godine), dojmama smo da je u komparaciji s primjerice sličnim otočkim domovima zdravlja ranije integriranim (primjerice, otoci DZ SDŽ) zdravstvena zaštita na razini otoka Korčule, odnosno dijela otoka Pelješca unaprijeđena u odnosu na spomenute integrirane DZ gdje je ostala praktički na istoj razini. Kao primjer navesti ću da je u odnosu na 2002. godinu – u okviru SKZZ-a broj dostupnih specijalističkih struka kao djelatnosti Doma zdravlja Korčula povećan za 5: dermatologija, neurologija, pedijatrija, jedna interna medicina i ortodoncija, a nastavno na to uvedene su nove brojne dijagnostičke metode i povećan opseg usluga /EMNG, EEG, digitalna dermatoskopija, mali kir. zahvati, transtorakalna ehokardiografija i sl /. Na razini PZZ u odnosu na 2002. uvedene su tri nove djelatnosti: palijativna skrb (mobilni tim i koordinator), zdravstvena njega u kući i fizikalna terapija u kući. Smanjen je broj nezdravstvenog osoblja, a povećan broj zdravstvenog. Trenutno DZ ugovara dolaske, specijaliste izvan svojih osnovnih djelatnosti i to: abdominalnog kirurga, pedijatrijskog pulmologa, internistu hematologa, ORL. Time je jedna od namjera Reforme, a to je približavanje SKZZ-a pacijentima u udaljenim područjima, ispunjena. Smatramo da organizacija na razini podružnice, za specifične okolnosti područja koje pokriva naš doma zdravlja: prostorna udaljenost, turistička sezona, obrada hitnih stanja, visoka razina pružanja SKZZ-a i održavanje razine iste, te činjenica starenja stanovništva i kontinuiranog rasta potreba, ne osigurava dovoljnu operativnost i mogućnost fine prilagodbe sustava zdravstvene zaštite. Eventualne upitne uštede koje donosi integracija, i upravljanje iz 120 km udaljenog regionalnog županijskog centra, imat će za direktnu posljedicu smanjenje razine zdravstvene zaštite. U zaključku, mišljenja smo da se u proteklom periodu, od zadnjih dvadesetak godina, koncepti postojanja dvostrukog sustava, regionalnih – integriranih DZ i lokalnih-neintegriranih DZ, ovaj potonji koncept u Dubrovačko-neretvanskoj županiji pokazao održiv i funkcionalan, te je donio kontinuirani napredak razvoja zdravstvene zaštite nasuprot konceptu sada integriranih (bivših otočkih) domova zdravlja. Stoga predlažemo da se zadrži dosadašnji sustav: da županija organizira domove zdravlja u skladu sa svojim potrebama, na područjima koji predstavljaju logičke, teritorijalne i upravne cjeline, konkretno: zadržavanje mogućnosti formiranja doma zdravlja na razini otoka.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

579 **Dom zdravlja Metković**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.

Predlaže se vezano za članak 102. stavak 2. Županiji kao osnivaču domova zdravlja ostaviti mogućnost izbora broja domova zdravlja na svom području. Smatramo da nije provedene nikakva ozbiljna analiza po lokacijama niti je bilo posjeta ustanovama od strane djelatnika ministarstva kojom bi se točno utvrdile specifičnosti područja, a na osnovu kojih bi se donijeli ovakvi prijedlozi.

Predloženom reformom navedeni su ciljevi: jačanje uloga doma zdravlja u jedinicama područne (regionalne) samouprave i organizacija zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva te postizanje ujednačenog standarda pružanja zdravstvene zaštite. Mi smo s druge strane uvjereni da će, u slučaju spajanja domova zdravlja, doći do opadanja kvalitete pružanja zdravstvene zaštite na području Neretve i drugim područja županije van centralnog županijskog doma zdravlja (u našem slučaju Dubrovnika). U svojim sredinama konstantno se trudimo poboljšati zdravstvenu zaštitu uz proširenje dodatnim zdravstvenim uslugama, dok će ovaj prijedlog dovesti do kontraproduktivnog učinka.

Obzirom na specifičan geografski položaj naše županije, udaljenost Metkovića i lokalnih gradova/općina od većih gradova (Dubrovnik i Split), mi jednostavno nemamo luksuz da standard pružanja zdravstvene zaštite na ovom području opada. Jedan od ključnih problema u zdravstvenom sustavu je pribavljanje medicinskog osoblja potrebnog za funkcioniranje ustanove. Ogromnu energiju ulažemo da pribavimo novi kadar i zadržimo postojeći, a vrlo je upitno koliko ćemo u manjim sredinama njima biti više atraktivni. Mladi kadar (koji ima veliku mogućnost izbora u zemlji i inozemstvu) traži atraktivnog poslodavca, a "atmosferu" i perspektivu ustanove lako mogu prepoznati. Uštede koje bi u prvi mah se mogle postići prilikom spajanja domova zdravlja (kroz smanjenje dijela kadra domova zdravlja) vrlo brzo bi bile poništene, jer bi bila potrebna ulaganja u informatičke programe, značajno povećanje putnih troškova zaposlenika koji bi morali putovati u Dubrovnik, trošak otpremnina i dr. Kroz opadanje usluga u manjim sredinama (ispostavama domova zdravlja) višestruko bi se povećao trošak putnih naloga prema Dubrovniku koje HZZO treba isplatiti pacijentima, što se ne bi direktno reflektiralo na troškove domova zdravlja, ali bi svakako dodatno opteretilo rashodovnu stranu ministarstva zdravstva.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

580	<p>DOM ZDRAVLJA PLOČE NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.</p> <p>Predlažemo odbacivanje novog članka 24. kojim se mijenja članak 102. važećeg zakona kojim županija može osnovati više od jednog doma zdravlja (minimalno 1) . Praksa je pokazala da su zbirni gubici pojedinih samostalnih ustanova manji od jednog zajedničkog (u županijama koje već imaju 1 dom), te da svaka županija ima svoje specifičnosti koje samo lokalne sredine mogu prepoznati, prikazati, boriti se za njih i razriješiti. Upravljanje pojedinim domovima je lakše i efikasnije od jedinstvenog. Ako je financijska šteta na leđima županija, onda je logično prepustiti joj i organizaciju ustanova kroz 1 ili više domova na svom području. Također županijama ostaviti na odluku postotak djelatnosti PZZ (ordinacija) pri domovima zdravlja – tj. javnoj djelatnosti, i onih koje odlaze u koncesiju. Javni interes i potreba se mogu ostvariti i kontrolirati sigurno samo kroz javno zdravstvo, što je pokazala i prethodna COVID -19 epidemija. DOM ZDRAVLJA PLOČE</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

581	<p>Dom zdravlja Dr. Ante Franulović Vela Luka NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.</p> <p>Ako su osnivači domova zdravlja jedinice područne samouprave, onda treba ostaviti mogućnost samostalnog određivanja o njihovom broju za koje je odgovorna i čije gubitke mora pokrivati. Isto tako ne treba mijenjati odredbu o mogućnosti osnivanja doma zdravlja na otoku. Kako je Dubrovačko-neretvanska županija specifična po svojem geografskom položaju koji se sastoji od dubrovačkog i neretvanskog područja, te otoka, te se osnivanje pet domova zdravlja pokazalo dobrim zbog organiziranja zdravstvene zaštite, mišljenja smo da članak 102. ne treba mijenjati i domovi zdravlja u našoj županiji odgovaraju konkretnim potrebama svake županije. Svako od navedenih područja zahtjeva različite oblike zaštite stanovništva, čime se dogovora dolazak specijalista u svaki dom zdravlja kako bi se zadržala kvaliteta zdravstvene zaštite, a osnivanjem jednog županijskog doma zdravlja kvaliteta zdravstvene zaštite će pasti posebice u udaljenim ruralnim i otočnim područjima. Područje kojeg pokriva Dom zdravlja Dr Ante Franulović obuhvaća područja zapadnog dijela otoka Korčule i otoka Lastova koji su udaljeni više od 150 km županijskom središtu, a posebice otok Lastovo koji zahtjeva putovanje od dana i pol sa dva trajekta u polasku i povratku. Ravnatelji domova zdravlja u Dubrovačko-neretvanskoj županiji najbolje za svoje područje poznaju potrebe lokalnog stanovništva, bave se organizacijskim, funkcionalnim i financijskim problemima, koje neće moći nadomjestiti jedan ravnatelj koji će se nalaziti u županijskom središtu i neće imati vremena na dnevnoj bazi rješavati probleme otočana. Najbolji pokazatelji su nam županije koje su osnovale jedan županijski dom zdravlja i koliko je taj proces i udruživanje u smislu funkcioniranja i financija bio neuspješan za udaljena ruralna i otočna područja.. Predlažemo ne mijenjati postojeći članak.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	--

582

Alen Stojanović
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 24.

BUdući da se u vremenu provednom u pripremama za ovaj zakon često spominjalo pokojnog dr Štampara i njegova načela princip "jedna županija - jedan Dom zdravlja" je posve kriv. Dom zdravlja se osniva za potrebe lokalnog stanovništva, prema lokalnim potrebama koje ne može procijeniti netko tko ne živi lokalno. Poštujući namjeru zakonodavca za nekim oblikom standardizacije i centralizacije nabave mislim da bi bilo korisnije kada bi se ostavila mogućnost osnivanja više Domova zdravlja u jednoj Županiji. Aktualno stanje postavlja previše problema u svakodnevici jer su županije velike i službe održavanja objektivno ne mogu u razumnom roku obaviti nadzor i održavanje objekata koji su fizički jako daleko jedan od drugog. Da ne govorim o hitnim intervencijama u "rubnim područjima", udaljene zgrade na području županija. Banalan primjer - na kraju radnog dana pukne vodovodni ventil ili se pokida brava na ulaznim vratima. A zgrada je 80-ak km od centra županije... Što tada? Kakav je standard/paleta zdravstvenih usluga koje se pružaju u udaljenim mjestima - centralizacijom povećavamo putne troškove pacijentima.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

583	<p>Dom zdravlja Dubrovnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 24.</p> <p>Članak 102. ne treba mijenjati. Mišljenja smo, ako su osnivači domova zdravlja županije, toj jedinici regionalne samouprave treba ostaviti mogućnost da sama odredi broj domova zdravlja koje će imati na svom području. Na taj način će najbolje moći utjecati na financijske učinke domova zdravlja za koje je ona i odgovorna i čije gubitke osnivač mora pokrivati. - Predlažemo ne mijenjati postojeću odredbu koja omogućava da se na području jedinice područne (regionalne) samouprave osniva najmanje jedan dom zdravlja, kao niti odredbu o mogućnosti osnivanja doma zdravlja na otoku. S obzirom na specifične potrebe svake županije, potrebno je zadržati mogućnost osnivanja odnosno nastavka rada više od jednog doma zdravlja, ukoliko je potrebno. Predlaže se ne mijenjati članak 102. stavak 2. kako bi se na adekvatan način organiziralo pružanje zdravstvene zaštite svim stanovnicima. Republika Hrvatska ima, osim gradskih središta, i ruralna, slabo razvijena i rijetko naseljena te otočna područja. Stoga je potrebno omogućiti organiziranje zdravstvene zaštite sukladno konkretnim potrebama svake pojedine županije. - Područje Dubrovačko Neretvanske županije je prostorno razvučeno preko 220 km, te se sastoji od tri specifična i različita područja (otočno, neretvansko i šire dubrovačko) koje svako za sebe iziskuje različite oblike zdravstvene zaštite stanovništva. Na primjer, iz središta naše županije do otoka Lastova treba najmanje 1 dan i pola za doći i to obavezno koristeći dva trajekta u odlasku i dva u povratku. Napore u osiguranju zdravstvene zaštite (osiguranju kadrova i uvjeta) svakog od pojedinih ravnatelja, koji „od sebe daju preko 100 %“, organizacijski i funkcionalno neće moći nadomjestiti 1 „županijski“ ravnatelj. Financijski pokazatelji domova zdravlja koji su se nedavno spojili u jedan pokazuju da takav „projekt“ nije bio uspješan. Županijama treba ostaviti da same, prema svojoj procjeni, provode organizaciju i ustroj domova zdravlja na svom području što je u skladu sa politikom decentralizacije, a ne centralizacijom primarne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
584	<p>Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Ukazujemo da članak 70. u stavku 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisuje tko može osnivati ustanovu za zdravstvenu njegu. Sukladno tome predlažemo brisanje dodanog stavka 3. ovoga članka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

585

Lucija Loparić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.

SEKCIJA SOCIJALNIH RADNIKA U ZDRAVSTVU HRSR Nužno je da se sustav upotpuni te da se uvrsti i djelatnost/usluge socijalnog rada. Uključivanje socijalnih radnika u sustav primarne zdravstvene zaštite u bitnome bi doprinijelo prevenciji životnih poteškoća pacijenata i njihovih obitelji, što je u skladu sa suvremenim standardima liječenja i propisima o osiguravanju kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite. Važnost socijalnog radnika kao dio palijativnog tima prepoznaje se u pružanju psihosocijalne pomoći i podrške pacijentu i njegovoj obitelji, komunikaciji i koordinaciji s ustanovama i udrugama od važnosti za pacijenta, pomoći u suradnji pacijenta i obitelji s LOM, CZSS, domovima socijalne skrbi i drugim ustanovama, pomoći po pitanju ostvarenja prava i usluga u sustavu socijalne skrbi, pomoći u pokretanju postupaka od značaja za pacijenta, pružanju psihosocijalnog savjetovanja, usmjeravanja, informiranja, podršci u stvaranju novih i mobiliziranju postojećih resursa, pomoći u rješavanju kriznih intervencija, te nizu drugih usluga. Iskustva u radu s pacijentima i njihovim obiteljima ukazuju da je uključivanje socijalnih radnika od velike pomoći u zaštiti mentalnog zdravlja pacijenata, djece u potrebi i riziku, te pacijenata koji imaju zakonske osnove za ostvarivanje prava i usluga u sustavu zdravstvene i socijalne skrbi, osobito u vrijeme pandemije covid 19 koja je doprinijela povećanju životnih poteškoća. Uključivanje socijalnih radnika utjecalo bi na poboljšanje kvalitete života pacijenata što je u skladu s definicijom zdravlja koja podrazumijeva fizičko, psihičko i socijalno blagostanje. Pružanjem usluga socijalnih radnika utjecalo bi se i na rasterećenje sustava primarne zdravstvene zaštite ali i socijalne skrbi. Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne smije izostaviti socijalne radnike koji svojim specifičnim znanjima i vještinama, kompetencijama i radnim iskustvom u području zdravstvene skrbi sudjeluju u procesu liječenja pacijenata, čiji je rad i primjena profesionalnih metoda u obliku preventivnog ili tretmanskog postupka u području zdravstva određen i Zakonom o djelatnosti socijalnog rada, koji su članovi multidisciplinarnih timova zdravstvenih ustanova u kojima rade, samostalno i/ili timski provode dijagnostičko-terapijske postupke i pružaju druge naplative usluge, te su aktivni u osnaživanju pacijenata i njihovih obitelji čime doprinose prevenciji bolesti i zaštiti zdravlja ljudi. Pored visokog stupnja obrazovanja dodatno se stručno usavršavaju, imaju odobrenje za samostalni rad (licencu) te su članovi Komore i time ujedno obvezni kontinuirano se educirati posebice u užem području svog rada, a poštujući pravila struke i važeće zakonske propise na kojima se temelji i ovaj komentar.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

586	<p>Tomislav Furlan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Predložena izmjena i dopuna Zakona u točkama 20 i 21 u članku 103. Zakona : "(20) Dom zdravlja može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenom sa Zavodom na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima obavljati zdravstvenu djelatnost i u vozilu koje ispunjava uvjete sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona . (21) Ministarstvo na zahtjev doma zdravlja donosi rješenje kojim utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti u posebnom vozilu, sukladno pravilniku o normativima i standardima iz članka 50. stavka 6. ovoga Zakona" kojom se isključivo domu zdravlja omogućava obavljanje zdravstvene djelatnosti i u vozilu protivna je Ustavu Republike Hrvatske čl. 49 stavak 2 : "Poduzetnička i tržišna sloboda temelj su gospodarskog ustroja Republike Hrvatske. Država osigurava svim poduzetnicima jednak pravni položaj na tržištu. Zabranjena je zlouporaba monopolskog položaja određenog zakonom". Citirani nacrt izmjena i dopuna Zakona osnova je za podnašanje ustavne tužbe u slučaju izglasavanja istog.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
587	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. S obzirom na izazove mentalnog zdravlja sa kojima se svakodnevno susrećemo, od esencijalnog je značaja da se u članku 103. pod stavkom 2 doda da domovi zdravlja trebaju pružati i posebnu zdravstvenu zaštitu na području mentalnoga zdravlja. Poneki domovi zdravlja na preko 100 000 pacijenata imaju samo 1 ili 2 zaposlena psihologa ili psihijatra. Također treba bolje regulirati status pružanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene djelatnosti pošto velik broj specijalističkih pregleda koji se vrše u tercijarnim i sekundarnim razinama (KBC / opća bolnica) spada u domenu redovitih kontrola od strane specijalista te se s time stvaraju nepotrebne liste čekanja u bolničkom sustavu. Trebalo bi rasteretiti bolnice tako da se omogući bolje plaćanje specijalističke zdravstvene zaštite na razini Doma zdravlja pa da tako npr. pacijente sa jednostavnom hipertenzijom ne gleda prof dr sc stručnjak za teška srčana zatajenja ili madeže da gleda subspecijalist imunološke dermatologije, već da se educira više sepcijalista koji bi mnoge probleme rješavali na primarnoj razini a da se rad tih ambulanti adekvatno plati od strane HZZO-a.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

588	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Članak 25, koji se odnosi na čl. 103, stavak 2, kaže: "2) Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti." Predlažem iza riječi „predškolske djece,“ dodati zarez i „zaštite mentalnog zdravlja“. Naime, obzirom na narušeno mentalno zdravlje građana, osobito mladih i djece, zbog potresa, pandemije, ratnih zbivanja u Ukrajini, i drugih izazova i neizvjesnosti s kojima se susrećemo, pomoć psihologa, psihijatar, dječjih i adolescentnih psihijatar trebala bi biti dostupnija, uključujući i preko Domova jer nije dovoljno samo preko Zavoda za javno zdravstvo (koje ima zadaću i zaštitu mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
589	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Člankom 25. se, ciljem jačanja uloge doma zdravlja u jedinicama područne (regionalne) samouprave i organizacije zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva, u domovima zdravlja, između ostaloga, uvodi socijalno-medicinska skrb te se, u skladu s mrežom javne zdravstvene službe, osigurava koordinator palijativne skrbi koji povezuje i koordinira radom mobilnog palijativnog tima i svih drugih dionika palijativne skrbi u jedinici područne (regionalne) samouprave odnosno Gradu Zagrebu (bolničke zdravstvene ustanove, ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala, volonteri). Vezano za problematiku palijativne skrbi u dijelu koji se odnosi na pružanje palijativnih usluga korisnicima u stacionarima domova za starije i nemoćne koji nisu zdravstvene ustanove pa za sada ne mogu ni biti pružatelji palijativne skrbi, pozdravljamo prepoznavanje ove problematike i predloženo povezivanje sustava zdravstva i socijalne skrbi na području dugotrajne skrbi za što smo uputili preporuku u godišnjem izvješću pučke pravobraniteljice za 2019. godinu. Međutim, neupitno je da se palijativna skrb u ustanovama socijalne skrbi ne može oslanjati na isključivi angažman koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova već da je sustav potrebno funkcionalno upotpuniti. Iako je funkcioniranje palijativne skrbi suočeno s mnogim poteškoćama, o čemu je bilo riječi i na 75. tematskoj sjednici Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora u listopadu ove godine, jasno je da se one ne mogu riješiti samo ovim Zakonom te da je potrebno pristupiti sustavnom rješenju problema. Podsjećamo da prema načelima palijativne skrbi ona mora biti dostupna 24 sata dnevno kroz 7 dana, a što za sada nije osigurano.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

Također ističemo da navedenu prazninu ne mogu niti smiju kompenzirati timovi hitne pomoći koji nisu niti educirani niti opremljeni za pružanje palijativne skrbi. Nadalje, stavkom 4. navedenog članka je propisano da je dom zdravlja dužan osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti. Međutim, iz navedene odredbe nisu razvidni kriteriji po kojima se određuje koji je to broj ordinacija za svaku pojedinu djelatnost niti njihova povezanost sa Mrežom javno-zdravstvenih usluga. Izostanak zakonskog reguliranja takvih kriterija uz slobodu koja je dana osnivačima domova zdravlja da sami odrede koji je to potreban broj ordinacija u pojedinoj djelatnosti, otvara mogućnost generiranja novih, značajnih troškova u sustavu zdravstvene zaštite koji ne moraju imati svoje utemeljenje u stvarnim potrebama građana koji gravitiraju određenom domu zdravlja. Također, a s obzirom na to da se govori o ordinacijama koje predstavljaju oblik privatne prakse, nejasno je hoće li se navedene djelatnosti organizirati u okviru Mreže javno-zdravstvene djelatnosti, kao što je ostalo nejasno i hoće li domovi zdravlja, kao nositelji zdravstvene zaštite na primarnoj razini, morati također osigurati obavljanje djelatnosti iz stavka 2. članka 103. ZZZ ili je njihovo obavljanje u potpunosti prepušteno privatnicima.

590 **HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 25.**

Članak 103. Predlažemo da se u navednom Članku doda i radna terapija iza fiziklane terapije: (2) Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, sanitetskog prijevoza, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, radne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti. S obzirom da Članak 39. Zakona o djelatnostima u zdravstvu (NN87/09) definira da se djelatnost radne terapije obavlja na svim razinama zdravstvene zaštite, sukladno standardima koje će pravilnikom utvrditi Ministarstvo, što znači i na primarnoj razini zdravstvene zaštite u domovima zdravlja .

Mogućnost provođenja radne terapije na primarnoj razini zdravstvene zaštite, tj. u domu zdravlja, omogućit će dostupnost usluge u zajednici i okruženju u kojem ljudi žive, što znatno olakšava primjenu terapijskih intervencija u autentičnom okruženju, a što dodatno pridonosi povećanju samostalnosti i funkcionalnosti u aktivnostima dnevnog života. Radni terapeuti pridaju važnost značajnim okupacijama osobe sa svrhom promicanja mentalnog, tjelesnog i društvenog blagostanja te promatraju utjecaj istih na sposobnosti i vještine potrebne za sudjelovanja u značajnim aktivnostima dnevnog života kao i stvaranju plana za poticanje okupacijske uključenosti osobe.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

591	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>U novopredloženom izmijenjenom čl. 103. ZZZ-a predlažemo zadržavanje trenutne zakonske formulacije odredbe o maksimalnom postotku ordinacija unutar doma zdravlja u pojedinoj djelatnosti. Sukladno tome predlažemo da u čl. 103. st. 4. glasi: „Dom zdravlja obvezna je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovog članka ima do 25% ordinacija.“ U predloženom st. 23. ovog članka predlaže se iza riječi upravni spor... dodati riječi „pred nadležnim upravnim sudom“, radi nomotehničkog usklađenja, budući da se kroz cijeli dokument koristi takva formulacija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
592	<p>Dubrovačko-neretvanska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Komentar Predlažemo da članak 103. stavak 2. glasi: (2) Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, sanitetskog prijevoza, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, kao i obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti. Obrazloženje Sanitetski prijevoz služi isključivo primarnoj zdravstvenoj zaštiti te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Financijski doprinos sanitetskog prijevoza u poslovanju domova zdravlja nije zanemariv te bi se gubitkom tog segmenta domovi zdravlja koji posjeduju sanitetski prijevoz doveli u stanje negativnog poslovanja, a HMP-u ne bi donio željeno rješenje, jer bi se financijska dobit rastopila u povećanju plaća djelatnika prelaskom na koeficijente i prava HMP (plaća vozača HMP je 50% veća od vozača saniteta), a porast broja vožnji kroz putne naloge ispisane od obiteljske medicine (koju HMP ne može kontrolirati) napraviti će dodatnu štetu cijelom zdravstvenom sustavu. Komentar Predlažemo da članak 103. stavak 4. glasi: (4) Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima najmanje 25 % ordinacija. Obrazloženje Smatramo nepotrebnim mijenjati navedenu odredbu te predlažemo ostaviti sadašnju brojku te umjesto riječi "od" staviti "najmanje" 25% ordinacija pri domovima zdravlja za obavljanje svake pojedine djelatnosti. Kroz javno zdravstvo, se mogu ostvariti javni interes i potreba stanovništva za uslugama zdravstvene zaštite, a što jasno potkrepljuje prethodna COVID -19 epidemija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

593	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Predlažem izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, neki domovi zdravlja ni do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će samo dodatno pridonijeti urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Isto tako, predlažem da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

594	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Predlažem izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Isto tako, predlažem da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

595	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Predlažem izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, neki domovi zdravlja ni do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će samo dodatno pridonijeti urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Isto tako, predlažem da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
596	<p>ivana šmit NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Članak 25, stavak 15. HUBOL-ov komentar: Oštro se protivimo mogućnosti osnivanja Rodilišta pri Domu zdravlja ili stacionara! Ovaj članak je potrebno izbrisati! Stacionarni suport i rodilište podrazumijevaju 24 satnu prisutnost liječnika (svih specijalnosti), ginekologa, neonatologa, anesteziologa (hitni porod, reanimacija novorođenčeta sve moguće komplikacije hitnog i kompliciranog poroda, zbrinjavanje nedonošenog djeteta itd), uz 24 satni suport laboratorija, radiološke službe i transfuzijski suport! Da bi se isto oformilo, potrebno je zadovoljiti minimalne tehničke uvjete i kadrovske uvjete. Smatramo kako je ovime potencijalno otvorena zlouporaba bolničkih specijalista kroz funkcionalnu integraciju. Ovaj članak mora biti izbrisan!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

597	<p>ivana šmit NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Članak 25 HUBOL-ov komentar. Spor an stavak 5. Naime po ovome članku predviđeno je da Dom zdravlja koordinira na svom području rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. Dom zdravlja može koordinirati SAMO RAD SVOJIH DJELATNIKA. Ovaj stavak 5 treba izbrisati u potpunosti!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
598	<p>Ana Srnović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Predlažem izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Ukoliko se zakonski ne odredi minimalan broj ordinacija koji trebaju biti pod domovima zdravlja, dodatno će se otežati mogućnost odlaska u privatnu praksu što će pridonijeti još manjem interesu za obiteljsku medicinu, a time i kolapsu primarne zdravstvene zaštite u RH.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
599	<p>Zlatko Bukvić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Važno je svima omogućiti pristup zdravstvenoj zaštiti na svim razinama, a posebno u mjestu stanovanja. Načelom dostupnosti i pristupačnosti treba se voditi kad su u pitanju djeca s teškoćama i odrasle osobe s invaliditetom. Ostvarivanje prava na neku uslugu i stručnjaka ne može ovisiti o nevladinom sektoru i postojanju ili ne postojanju udruga specifičnih po svojem djelovanju. U članku 103., stavak (2) potrebno je uvrstiti edukacijsko-rehabilitacijske, odnosno defektologa/edukacijskog rehabilitatora koji provodi procjenu/dijagnostiku od najranije životne dobi i u odraslih, poznaje tehnike, metode i postupke rane stimulacije i rehabilitacije, rane intervencije u djetinjstvu i rane intervencije kod drugih zdravstvenih stanja i bolesti jer posjeduje odgovarajuće znanja iz medicinskih i rehabilitacijskih znanosti. Zanimarivanjem stručnjaka ovog profila uskraćuje se pravo na sveobuhvatnu i pravovremenu skrb i zaštitu za pojedince i članove njihovih obitelji. Dom zdravlja kao najbliže mjesto stanovanja jer ih ima svaka županija idealan je za ostvarivanje primjerene podrške (od procjene do tretmana) u zajednici, a što je ideal kojim teže sve napredne zemlje. Defektolozi rehabilitatori dio su timova medicine rada, psihijatrijskih ambulanti, rehabilitacijskih ustanova, fizikalne medicine, pedijatrije, onkoloških odjela...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

600	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 25. Potrebno je dopustiti izbor liječnicima PZZ žele li biti privatni ugovorni liječnici ili raditi za Dom zdravlja. Ne znam jeste li primjetili, ali za rad u PZZ nema interesa, možete zadržavati koliko god želite ordinacija pod Domom zdravlja, ali netko u tim ordinacijama mora i raditi. Tko će vam raditi? Nadalje, svi PUL imaju bolje opremljene ordinacije. Nejasno je na što Domovi zdravlja i Županije troše novac koji prihode ordinacije, jer ga ne troše na raspisivanje specijalizacija, organizaciju i dostupnost skrbi i novu opremu. Županije i Ravnateljstva Domova zdravlja su veoma odgovorni za stanje PZZa u ovoj državi. Zašto im dajete više ovlasti, ako su se pokazali nesposobni da organiziraju zdravstvenu zaštitu?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
601	<p>Ivana Rede NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Podržavam komentar i stav Hrvatske psihološke komore: Povodom objavljenog savjetovanja sa zainteresiranom javnošću o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, sukladno članku 22. Zakona o psihološkoj djelatnosti (Narodne novine broj 98/19, 18/22) dajemo slijedeći komentar. Zdravlje općenito, a unutar njega mentalno zdravlje kao značajan aspekt zdravlja, preduvjet je i temeljna odrednica kvalitete života. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije mentalno se zdravlje opisuje kao „stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno i pridonositi.“ U Hrvatskoj su mentalni poremećaji na drugom mjestu po broju dana bolničkog liječenja. Liječenje, smanjena produktivnost, bolovanja i invalidnost, psihološki i egzistencijalno opterećuju obitelj, ali dovode i do značajnog ekonomskog i socijalnog opterećenja cijelog društva. Znanstvenici ističu kako su mentalni problemi češći uzrok obolijevanja i preranog umiranja nego tjelesne bolesti te procjenjuju da će depresija kroz idućih deset godina biti drugi, a do 2030. godine, prvi vodeći uzrok globalnog opterećenja bolestima. Navedeno ukazuje na potrebu da se u okviru predložene reforme zdravstvenog sustava, koja osobito naglašava potrebu jačanja njegove otpornosti, posebna pozornost posveti zaštiti mentalnog zdravlja, prvenstveno ako uzmemo u obzir potrebu ublažavanja posljedica pandemije. S ciljem osnaživanja primarne zdravstvene zaštite (PZZ) pod geslom „Prva vrata za sve“, predlažemo da se ponovno omogući otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa, odnosno obavljanje psihološke djelatnosti na razini PZZ. Radna mjesta psihologa na razini PZZ ukinuta su 1994. godine čime je drastično smanjena dostupnost usluga zdravstvene zaštite psihologa. Trenutačno u zdravstvenom sustavu radi svega 375</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

psihologa/kliničkih psihologa, (od kojih 215 kliničkih psihologa) i to na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite. Pritom, od ukupnog broja psihologa/kliničkih psihologa u zdravstvenom sustavu, njih gotovo pola (oko 40%) radi u zdravstvenim ustanovama u Gradu Zagrebu. Kako je broj zaposlenih psihologa/kliničkih psihologa na razini sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite nedovoljan da bi se zadovoljile sve trenutačne potrebe za uslugama zdravstvene zaštite koje pružaju psiholozi/klinički psiholozi (psihijatrija, onkologija, neurologija, pedijatrija, ginekologija, rehabilitacija, palijativna skrb i dr.) potrebno je psihologe/kliničke psihologe zaposliti i na razini PZZ u skladu s načelom dostupnosti, načelom kvalitete koje se osigurava provođenjem mjera sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i potrebom da se ojača specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita izvan bolničkih zdravstvenih ustanova i unutar domova zdravlja. Isto tako, obzirom na nedostatan broj specijalista i specijalizanata dječje i adolescentne psihijatrije te vodeći računa o racionalizaciji troškova sustava zdravstva, klinički psiholozi u PZZ osim povećane dostupnosti zdravstvene zaštite doveli bi do rasterećenja na razinama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite te bi preventivno djelovali u slučajevima koji ne zahtijevaju psihijatrijsko liječenje. Ujedno, veća dostupnost psihologa/kliničkih psihologa te liječenje psihičkih poremećaja koji se javljaju u dječjoj dobi rezultirali bi racionalizacijom troškova sustava zdravstva i u dugoročnom smislu. U odnosu na pitanja koja se namjeravaju urediti predloženim zakonom ističemo kako u potpunosti podržavamo ojačavanje uloge domova zdravlja i organizaciju zdravstvene zaštite prema potrebama stanovništva. Pritom, kako je prethodno obrazloženo, posebno ističemo potrebu za istovremenim ojačavanjem uloge psihologa/kliničkih psihologa njihovim zapošljavanjem na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a u skladu s potrebama stanovništva pojedine jedinice područne (regionalne) samouprave te prema načelu supsidijarnosti. Slijedom navedenog, predlažemo iduće izmjene i dopune Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti odnosno Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22): 1. Predlažemo dopunu članka 25. stavka 2. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da se iza riječi „liječničke djelatnosti“ dodaju riječi „psihološke djelatnosti“ i znak zareza. Predmetno obrazlažemo činjenicom da organizacija zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite u skladu sa suvremenim standardima liječenje podrazumijeva i usluge zdravstvene zaštite psihologa i kliničkih psihologa, poglavito u zdravstvenoj zaštiti žena, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, medicine rada i sporta te palijativne skrbi kao i u obavljanju specijalističko-konzilijarne djelatnosti. 2. Vezano za uvodno obrazloženu potrebu omogućavanja otvaranja ordinacija psihologa/kliničkih psihologa odnosno

obavljanja psihološke djelatnosti na razini PZZ, predlažemo da se u odredbama Glave II. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) izrijekom propiše iznimka od uvjeta odgovarajućeg obrazovanja zdravstvenog usmjerenja za psihologe/kliničke psihologe kako bi se omogućilo otvaranje ordinacija psihologa/kliničkih psihologa. 3. U članku 30. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza podstavka 12. predlažemo dodati novi podstavak 13. koji glasi „- psihološku djelatnost“. To stoga što je zakonodavac prilikom donošenja Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18) omaškom u djelatnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite propustio izrijekom navesti psihološku djelatnost koja je istovremeno u članku 155. stavku 2. istog propisa obuhvaćena prilikom definiranja zdravstvenih radnika. Prihvatanjem predložene dopune otklonio bi se neravnopravan položaj psihologa/kliničkih psihologa u odnosu na ostale struke utvrđene odredbom članka 155. stavka 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. 4. U članku 239. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/18, 125/19, 147/20, 119/22) iza riječi „Hrvatske komora zdravstvenih radnika“ predlažemo dodati zarez i riječi „Hrvatska psihološka komora“.

602 **GRAD ZAGREB
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 25.**

„Članak 103. mijenja se i glasi: ... „(5) Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka.“ Komentar: Ordinacija privatne prakse je samostalni pravni subjekt koja poslove ugovara direktno s HZZO-om i temeljem toga direktno ostvaruje i prihode. Nad radom privatnika dom zdravlja i jedinica lokalne (regionalne) samouprave nažalost nema stvarne ingerencije, iako u postojećem tekstu zakona stoji da „Jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb ostvaruje svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite tako da (između ostalog) koordinira i organizira rad svih pravnih i fizičkih osoba koje na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba obavljaju zdravstvenu djelatnost“. Stvarnu nadležnost nad organizacijom rada privatnika ima isključivo HZZO i Ministarstvo zdravstva, što se i pokazalo kod organizacije rada u pandemiji. Slijedom navedenoga, smatramo potrebnim dodatno doraditi značenje koordinacije, odnosno precizirati ovlasti i odgovornosti domova zdravlja.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

603	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 25. Potrebno je dopustiti izbor liječnicima PZZ žele li biti privatni ugovorni liječnici ili raditi za Dom zdravlja. Ne znam jeste li primjetili, ali za rad u PZZ nema interesa, možete zadržavati koliko god želite ordinacija pod Domom zdravlja, ali netko u tim ordinacijama mora i raditi. Tko će vam raditi? Nadalje, svi PUL imaju bolje opremljene ordinacije. Nejasno je na što Domovi zdravlja i Županije troše novac koji prihode ordinacije, jer ga ne troše na raspisivanje specijalizacija, organizaciju i dostupnost skrbi i novu opremu. Županije i Ravnateljstva Domova zdravlja su veoma odgovorni za stanje PZZa u ovoj državi. Zašto im dajete više ovlasti, ako su se pokazali nesposobni da organiziraju zdravstvenu zaštitu?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
604	<p>UDDaH - Udruga dentalnih doktora Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Predložimo izmjenu prijedloga iz st.2 ovog članka kako je i već propisano po čl.103. st.3 ZOZZ (Dom zdravlja ima do 25% ordinacija) . Davanjem ovlasti Domovima zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova vodi daljnjem urušavanju kvalitete usluga koje pružamo kroz PZZ, nezadovoljstvu pacijenata i radnika i raseljavanju mlađeg stručnog kadra. A kako i kriteriji prelaska odrinacija iz DZ u privatnu praksu nisu jasno određeni, otvaraju se vrata manipulacijama i pogodovanjima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
605	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. U članku 25. kojim se mijenja članak 103. predložimo da se u: - stavku 3. doda da dom zdravlja zdravstvenu njegu u kući i fizikalnu terapiju u kući može obavljati i u domu socijalne skrbi i u udomiteljskoj obitelji. Time bi se osigurala zdravstvena zaštita i osiguranicima koji nisu u vlastitom domu, a ujedno bi se poboljšala zdravstvena skrb i indirektno kontrola skrbi o osobama na smještajnoj socijalnoj skrbi. - u stavku 15. predložimo da se domu zdravlja omogući organiziranje stacionara za pružanje palijativne skrbi (hospicija). Na taj način bi se zaokružilo ostvarivanje zdravstvene zaštite od rođenja do smrti, a osim toga primjerena zdravstvena skrb mnogim osiguranicima u terminalnoj fazi bolesti ne može se pružati u vlastitom domu. Naime, u stvarnosti većina stacionarnih kapaciteta u domovima ionako služi svrsi palijativne skrbi odnosno hospicijskim zadaćama, pa bi se time legaliziralo i kvalitativno i stručno osnažilo taj dio djelovanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
606	<p>Sanja Lulić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Članak 103 Stavak 2. dodati djelatnost radne terapije iza fizikalne terapije. Pristupi koji su usmjereni više</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

na povećanje funkcionalnosti, a ne na medicinski pristup klasično usmjeren na simptome imati će veće benefite (De Maeseneer and Boeckxstaens, 2012). Jedna od takvih profesija koja pridonosi povećanju funkcionalnosti osobe je radna terapija (zdravstvena profesija) koja je usmjerena na povećanje funkcionalnosti i participacije osobe u aktivnostima dnevnog života što pridonosi većim benefitima za osobu. Radna terapija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti fokusira se na prevenciju moguće hospitalizacije i institucionalizacije osobe te takav način intervencije može smanjiti troškove zdravstvenog sustava, poboljšati kvalitetu života, svakodnevno funkcioniranje pojedinca te njegove uže i šire okoline. Nadalje, Stavak 3, uz fizikalnu terapiju u kući dodati radnu terapiju u kući Značajan je aspekt provedbe radne terapije u kući jer radni terapeuti provode cjelokupnu intervenciju u zajednici u kojoj osoba funkcionira i gdje se istinski događaju sve aktivnosti dnevnog života (samozbrinjavanje, produktivnost i slobodno vrijeme) (Bolt, M., 2019). Radna terapija na primarnoj razini usmjerena je na široku populaciju kroz individualni ili grupni pristup i to sa različitim oboljenjima na području mentalnog i fizičkog zdravlja (kronična bol, sindrom kroničnog umora, dijabetes, kognitivna oštećenja, anksioznost, depresija, demencija, moždani udar, traumatske ozljede mozga, itd...) koristeći pristupe edukacije i savjetovanja, prilagodbe aktivnosti ili okoline, promicanja, rehabilitacije i reintegracije. Kao primjer dobre prakse provedbe radne terapije na razini primarne zdravstvene zaštite istaknuo se projekt Integriran pristup skrbi za starije osobe u kući - CrossCare u sklopu Interreg SL-HR programa, sufinanciran od strane Europskog fonda za regionalni razvoj u kojem se po prvi puta u Republici Hrvatskoj uključuje radna terapija na primarnoj razini u sklopu Ustanove za zdravstvenu njegu u kući grada Zagreba. On predstavlja inovativan primjer međunarodne i multidisciplinarnе suradnje, a suradnja je usmjerena na interdinamičku suradnju različitih stručnjaka (medicinske sestre, fizioterapeuta, radnog terapeuta, liječnika, socijalnih radnika, nutricionista) za osiguravanje ekonomski i socijalno relevantnih usluga te osnaživanje osoba starije životne dobi u donošenju odluka o svom zdravlju i dobrom stanju. Osigurane su usluge radne terapije za više od 380 stanovnika grada Zagreba uključujući i njihove obitelji kao važan dio procesa. Radnoterapijski proces provodio se sa osobama starije životne dobi (65+) u njihovom vlastitom domu, a obuhvaćeno je 36% neuroloških, 30% mišićno-koštanih, 17% mentalnih, 5% kardioloških i 3% palijativnih bolesnika (Miškulin, A., Radić, S. i surad., 2020). Ovako uspješan i dovršen projekt omogućio je nastavak provedbe radne terapije na primarnoj razini kojeg je prepoznao Gradski ured za zdravstvo grada Zagreba te radnu terapiju svrstao kao nadstandardnu uslugu za svoje građane.

607	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Novi model ugovaranja zdravstvene zaštite s naprednim modelima plaćanja – plaćanje po broju pacijenata – hladni pogon se trenutno financira na način da se puni iznos hladnog pogona za domove zdravlja definira po broju upisanih pacijenata te je određen minimalni broj pacijenata koji svaka ordinacija mora imati da bi postigla puni iznos hladnog pogona. S obzirom na demografske promjene te smanjenje broja stanovništva, posebice u ruralnim područjima, događa se da većina ordinacija koje su nam u ruralnim područjima podliježu nedovoljnom broju upisanih pacijenata dok zdravstvena zaštita mora biti osigurana, na način da bez obzira na model financiranja, domovi zdravlja moraju platiti liječnika, medicinsku sestru te materijalne troškove te takve ordinacije generiraju manjak, a što je trenutno financijski neodrživo stanje te smatramo da se takav model financiranja i ugovaranja mora promijeniti, s obzirom da zdravstvena zaštita mora biti osigurana, neovisno o broju pacijenata. Predlaže se smanjenje standarda pacijenata po ordinaciji.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
608	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Postotak ordinacija pri domu zdravlja – nije brojčano određen (do sada 25%) – smatramo da novo određivanje privatnih ordinacija neće pridonijeti određenom boljitku jer se postavlja pitanje financiranja doma zdravlja kao i model koji će pojedini domovi zdravlja donijeti za određivanje ulaska u privatne ordinacije što bi mogli pridonijeti nezadovoljstvu radnika, jer naravno da su svima u interesu privatne ordinacije te ukoliko se takav zakon donese zaista se postavlja pitanje daljnje uloge doma zdravlja kao i financiranja ustanove kao takve.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

609	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Predlažem izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Isto tako, predlažem da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
610	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Treba promijeniti st4 čl 103 na način "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i postaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??!

611	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Dom zdravlja je zgrada u kojoj rade zdravstveni i nezdravstveni radnici. Usluge i ambulante se planiraju prema mreži koju donosi politika i ugovaraju se sa osiguravajućim društvom (HZZO). Nositelji zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene zaštite su ordiancije obiteljske medicine, zdravstvene zaštite žena, predškolske djece, dentasne zaštite... koje su ugovorene sa HZZO. Da bi došlo do ugovaranja i da bi se stekli uvjeti da ordiancija obiteljske medicine provodi primarnu zdravstvenu zaštitu treba prije toga biti zadovoljeno niz čimbenika a jedna od njih je da se osiguranici opredijele za odabranog liječnika koji je nositelj tima ordinacije obiteljske medicine. Postojanje "timova bez nositelja" je kršenje prava osiguranika koji zdravstvenu zaštitu ostvaruju kod odabranog liječnika kojeg su odabrali potpisivanjem izjave o odabiru liječnika. Svaki pojedinačni voditelj tima pobrojanih djelatnosti je nositelj zdravstvene zaštite na primarnoj razini i njihov rad je definiran nizom zakona i pravilnika s kojima Dom zdravlja nema ništa. Treba omogućiti svim navedenim djelatnostima da samostalno sklapaju ugovore sa osiguravajućim društvima, da djeluju kao samostalni ugovorni subjekti i da ih se izdvoji iz domova zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
612	<p>DOM ZDRAVLJA NOVALJA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Odluku tko će upravljati sanitetskim prijevozom treba prepustiti osnivaču – županiji koja će odluku donijeti nakon detaljne analize pozitivnih i negativnih aspekata doma zdravlja i HMS.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

613	<p>Ivana Klepo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Članak 103., u stavku 2. iza fizikalne terapije dodati „radne terapije“. U stavku 3. iza „fizikalnu“ dodati i „radnu terapiju u kući“. Obrazloženje: Članak 39. Zakona o djelatnostima u zdravstvu definira da se radna terapija provodi na svim razinama zdravstvene zaštite. Europska Komisija (2018) u svom dokumentu „A new drive for primary care in Europe“ naglašava da uz ostale stručnjake, radni terapeut također treba biti član tima PZZ, te da integriranost, kao važna odrednica, ovisi i o tome koliko su stručnjaci, kao što su radni terapeuti, fizioterapeuti i logopedi integrirani u timove PZZ. Upravo je primarna razina najprirodnije okruženje za djelokrug rada radnog terapeuta koji se bavi aktivnostima dnevnog života koje ljudi rade u svom svakodnevnom životu, i to u kući i zajednici, poslu; od odijevanja, funkcionalne mobilnosti, kupovine namirnica u trgovini do obavljanja profesionalnih zadataka. Ne samo da je najprirodnije okruženje, nego je i najisplativije. Niz istraživanja potvrđuju da je radna terapija koja se provodi u zajednici, i koja je usmjerena na svakodnevne aktivnosti koje ljudi rade u svom prirodnom okruženju učinkovita, doprinosi većoj samostalnosti, uključenosti i kvaliteti života, od osoba s moždanim udarom, traumatskom ozljedom mozga, demencijom i sl. Ako već govorimo o sveobuhvatnosti i dostupnosti zdravstvene zaštite, onda usluge radnog terapeuta moraju biti dostupne na primarnoj razini zdravstvene zaštite, u Domu zdravlja kao njegovom nositelju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

614 **UDRUGA DENTALNIH TEHNIČARA REPUBLIKE HRVATSKE**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.

Podržavamo jačanje uloge DZ-a koji su ostali jedina brana od javnog interesa u nastojanjima totalne privatizacije PZZ. Ovakva privatizacija u dentalnoj medicini se pokazala poražavajuća na oralno zdravlje nacije. U ugovornim - privatiziranim (naravno ne u svima, tj. ne u onima u kojima rade časni i poštteni doktori) ordinacijama pacijentima se naplaćuju zagaranirane usluge; uskraćuju prava iz zdrav. osiguranja; pišu se usluge koje nisu pružene; daje se prednost privatnim pacijentima ispred osiguranika HZZO-a; naplaćuju "brže" usluge; lažiraju se usluge; pišu se protetski radovi koji nisu napravljeni; za privatne radove se ne daju računi, garancija niti se uvažavaju reklamacije; cvjeta siva zona i utaja poreza. U zemljama EU ovakva praksa je nezamisliva, nepoznata i smatra se kaznenim djelom zbog kojeg se gubi posao i licenca, ali ne i kod nas. Urušila se dostupnost i kvaliteta javno zdravstvenih usluga a žrtve su oni koji iz svojih dohodaka financiraju takvu zdravstvenu politiku. Smatramo da se javne potrebe, interesi, pokazatelji i sigurnost, najbolje i najsigurnije mogu prikazati, kontrolirati i zaštititi kroz javno zdravstvo. Dentalni tehničari su uz pacijente kolateralne žrtve takve privatizacije, a dentalni laboratoriji u DZ-a su sustavno uništavani i nestajali. Dentalni laboratoriji i dentalni tehničari su neophodni, nezaobilazni i nezamjenjivi u dentalnoj medicini i bez njih je nemoguće pružiti kompletnu dentalnu zdravstvenu zaštitu. Njihove usluge u javnom zdravstvu se mjere stotinama milijuna kn. plaćenih radnim naložima. Usluge im se ne plaćaju direktno na njihove račune, nego preko računa doktora, da se ne bi uočio nesrazmjer u preraspodjeli cijene pomagala i iznos koji pripada doktorima. Nereguliranog su statusa jer su pohlepni megalomanski elitisti znali da se jedino preko njih mogu obogatiti. Zbog toga su preko HKDM (uz suglasnost MIZ) proglašeni izvantimskim zdravstvenim suradnicima i slijedom toga nestali iz tima dentalne medicine. Dobili su 1/4 cijene pomagala iako su 4/5 vrijednosti pomagala njihov rad, materijal i ulaganje. Iako javnih i privatnih radova odrađuju milijarde kn. proglašavani su neisplativima, izbačeni iz tima i sustava i postali potplaćeno roblje, sluge, potrošna roba. Dentalni tehničari moraju biti priznati ZDRAVSTVENI DJELATNICI ugovoreni u Mreži javne zdravstvene službe i u DZ-a. Time bi se regulirao njihov status, način rada, plaćanja, dostupnost i kvaliteta usluga, a zdravstveni sustav bi domaćinskim ponašanjem i pravilnom preraspodjelom PREPLAĆENOG PROTETSKOG RADA mogao uštediti ogromne iznose. Bez dentalnih laboratorija i dentalnih tehničara nema ni dentalne zdravstvene zaštite.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

615 **ANA MARIJA BREBRIĆ DOMITROVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 25.
Predlažem izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

616

**BORNA ŠARIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 25.**

Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

617	<p>Zadarska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. KOMENTAR UZ ČLANAK 25. NACRTA: • Predlaže se u članku 103. Zakona izbrisati stavak 14. koji glasi: „(14) Raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova odlukom određuje župan odnosno gradonačelnik Grada Zagreba.” Obrazloženje: Člankom 194. stavkom 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/2018, 125/2019, 133/2020, 147/2020, 136/2021, 119/2022) propisano je kako ministar pravilnikom propisuje početak, završetak i raspored radnog vremena zdravstvenih ustanova, a navedene timovi su u sastavu zdravstvene ustanove i stoga je potpuno suvišno propisivati ovlast izvršnog tijela županije odnosno Grada Zagreba da odlučuje o rasporedu i načinu rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova. • Predlaže se u članku 103. Zakona iza stavka 15. dodati novi stavak koji glasi: „U skladu s mrežom javne zdravstvene službe, u domu zdravlja može se organizirati i stacionar za provođenje djelatnosti palijativne skrbi.“ Obrazloženje: Izmjenama i dopunama mreže javne zdravstvene službe 2015. godine (“Narodne novine” broj 113/15) Mrežom JZS utvrđena je mreža postelja palijativne skrbi u stacionarima domova zdravlja (67 postelja u 14 domova zdravlja) što uz koordinate palijativne skrbi, mobilne palijativne timova te bolničke postelje za palijativnu skrb čini jednu zaokruženu, strukturiranu cjelinu skrbi za palijativne bolesnike na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite na područjima određenih županija (koje su nekada imate rodilišta i stacionare). Ovim našim prijedlogom bi se domovima zdravlja koji to žele omogućilo rješavanje specifičnih pitanja vezanih za provođenje mjera zdravstvene zaštite na primarnoj razini u djelatnosti palijativne skrbi što je i propisano u članku 31. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/2018, 125/2019, 133/2020, 147/2020, 136/2021, 119/2022) gdje se palijativna skrb navodi kao djelatnost u kojoj je posebno bitno sudjelovanje zdravstvenih suradnika , odnosno drugih stručnjaka za pojedina specifična pitanja. Nadalje, Pravilnikom o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti (“Narodne novine” broj 52/20) u članku 46. utvrđeni su standardi za palijativnu skrb koju pružaju zdravstvene ustanove u okviru stacionara što je jedan od bitnih preduvjeta za planiranje razvoja palijativne skrbi na područjima županija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

618	<p>Suzana Posavčević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Postojeći zakon u čl. 103 st.3 omogućuje DZ da u svakoj djelatnosti osigura do 25% ordinacija. Ostali bi mogli u privatnu praksu. To se ni sada nije poštivalo, a sada se pak omogućuje DZ da po vlastitim nahodjenju može odrediti maksimalan broj timova u svakoj djelatnosti (naravno da će to biti po mogućnosti 100%) te će odlazak u privatnu praksu biti potpuno onemogućen što je cilj ovog zakona i njegovog predlagatelja. Ne zna zašto se zaziva socijalistički model zdravstva kad se pokazalo da on nije bio dobar. Koji to privatkin ne može podmiriti svoje obveza? Koji to DZ posluje s pozitivnom nulom- postoji li to u matematici? Mladi liječnici ne žele biti podređeni, žele biti samostalni. Na ovaj način im se onemogućuje napredovanje u struci i životu jer o njihovoj sudbini već sada odlučuju politički podobni. Treba svakom liječniku u PZZ omogućiti izbor - biti u DZ ili biti privatnik.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
619	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Svakako se slažem sa stavom KOHOMa, neću ga sada kopirati jer je naveden više puta. Kao dugogodišnji djelatnik doma zdravlja razumijem i stavljanje domova zdravlja u nezavidan položaj, osobito u manjim županijama gdje im se naređuje da moraju osigurati određenu razinu zaštite, a nemaju kadra (liječnika i sestara) za to... ali ovim promjenama nimalo se ne potiče ništa, samo se prelijeva prazna čaša u drugu praznu čašu... realno gledajući vidi se želja zakonodavca da se svi vrate pod dom zdravlja, ali to nije moguće uz toliko različit način financiranja, omogućite da liječnik zaposlen u domu zdravlja dobiva plaću koju zaradi (istu kao i onaj u privatnoj praksi i bez tlačenja da se moraju "upisivati" DTPi i slično, jer iskreno dvije osobe istog obrazovanja rade isti posao za istog poslodavca - HZZO i različito su plaćeni?!?), a ne da se s njegovim radom pokrivaju neprofitabilni dijelovi tog istog doma zdravlja pa će možda teorija povratka u dom zdravlja ili ostanka u istome biti ikome imalo prihvatljiva...ovako onemogućavanjem odlaska iz dz u privatnu praksu što se ovim prijedlogom zapravo želi je brod koji tone još dublje i možemo zaboraviti na ikakvu primarnu zdravstvenu zaštitu, a kamoli jačanje iste... Što se palijative tiče potrebno je stimulirati na neki način rad u palijativnom timu jer trenutna plaća za sve tamo (koordinatora, sestru i liječnika) nije nimalo stimulativna za rad ili ostanak u tome jako teškom području za rad što se i vidi po tome koliko se teško popunjavaju ta radilišta, osim s nas nekoliko entuzijasta koji ćemo s vremenom pregoriti i otići isto...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

620

Željko Dumančić**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.**

Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

621	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Predlažem da se sve točke odredbe članka 25. izbrišu. Predlažem da se doda samo jedna točka koja glasi kako slijedi: Članak 103. mijenja se i glasi: 1. Ukidaju se domovi zdravlja. Naime, smatram da je predlagatelj ovog članka u zabludi ako misli da će se "jačanjem domova zdravlja" jačati primarna zdravstvena zaštita. Podsjetiti ću da eventualna dugovanja privatnih ugovornih liječnika, za razliku od domova zdravlja ne sanira država. Iskoristiti ću priliku i usput napomenuti da od 2014. država nije podigla davanja za hladni pogon ordinacija obiteljske medicine usprkos enormnom rastu troškova! S druge strane se očekuje da obiteljska medicina financirana sredstvima od nekoliko postotaka od ukupnog proračuna za zdravstvo rješava 80% slučajeva</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

622

**VALENTINA KOVAČ ŠESTAN
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 25.**

Predlažem izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

623	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>U stavku 2. navedenog članka predlažemo dodati djelatnost psihologije. Navedeno smatramo osobito važnim u odnosu na pokazatelje mentalnog zdravlja i činjenicu kako je izuzetno važno da ovaj vid zdravstvene zaštite učini dostupnim na razini primarne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
624	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Smatramo da nije nužno da raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova odlukom uređuje župan odnosno gradonačelnik grada Zagreba već da isto može biti u nadležnosti upravnih vijeća doma zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
625	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Smatramo iznimno važnim povećavanje i ujednačavanje plaća liječnika zaposlenih u domovima zdravlja s prihodima liječnika koji obavlja privatnu praksu kao i usklađivanje plaća specijalista zaposlenih u domovima zdravlja s onima zaposlenim u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Trenutačni veliki raskorak u plaćama nema nikakvo opravdanje i uz to je najveće je demotivacija liječnicima za zapošljavanje za zapošljavanje u domovima zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

626	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
627	<p>Helena Pejić Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Slazem se sa prijedlogom KOHOM-a. Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenadujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz

	<p>ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??!</p>	
628	<p>Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. U stavku 2. i 3. brisati riječi: "zdravstvenu njegu u kući" Obrazloženje: Registrirane su i djeluju ustanove i privatne prakse kojima je to jedina i primarna djelatnost koju provode te koje su u kontinuiranom razvoju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
629	<p>Karmen Lončarek NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Izraz "bolesnik" u cijelom dokumentu zamijeniti izrazom "pacijent". Ti izrazi nisu međusobno zamjenjivi i nisu istoznačnice, npr. zdravo dojenče na cijepljenju nećemo nazvati bolesnikom, već pacijentom. Naime, prema Zakonu o pravima pacijenata, "Pacijentom (...) smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije." Evo i jezičkog primjera: zdravu trudnicu ili dojenče na cijepljenju nećemo okarakterizirati kao bolesnike, već pacijente.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
630	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. Slazem se s prijedlogom KOHOM-a Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizirani obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predložimo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbjivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??!

631	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Cijenim namjeru zakonodavca da aktualni zdravstveni sustav vrati korjenima, da ga "resetira na tvorničke postavke" - da vrati sve što je desetljećima valjalo i što smo brojnim reformama uništili. Ali... Ne uzima se u obzir aktualni ustroj i organizacija te broj dostupnih kadrova. Ovim prijedlogom NIJE omogućeno domovima zdravlja osigurati pojedine zdravstvene usluge/djelatnosti ugovaranjem sa privatnim ordinacijama/poliklinikama. Vjerujem da je to previd. Ako se budemo strogo držali ovog prijedloga zakona trebati će cca dvadeset godina kako bi se vizija funkcionalnog i dostupnog zdravstva pod kapom domova zdravlja ostvarila. Uzmimo u obzir i činjenicu da su privatne ugovorne ordinacije PZZ značajno bolje opremljene i uređene u odnosu na iste takve kojima upravljaju domovi zdravlja. To je posljedica osobne inicijative i želje za stručnim i praktičnim napretkom te slobodom investiranja dostupnih sredstava - što privatni/ugovorni zdravstveni djelatnici imaju (inicijativu i slobodu) a zaposlenici domova zdravlja nemaju jer uvijek ovise o nekim "višim interesima". Ovo navodim samo kao primjer i preporuku za promjene u ovom članku jer bi se za iste novce moglo postići znatno više i brže. Koliko sam informiran od kolega koji su zaposleni u Domu zdravlja kao SKZ specijalisti na razini PZZ plaća za isti posao koji bi radili u bolnici i pri Domu zdravlja je značajno različita. Kako mislite zadržati ljude u domovima zdravlja da ne odu u neku bolnicu (koja ih također treba i može platiti bolje) ili u privatno zdravstvo? Ponovo - pohvala za lijepe želje ali mislim da će se prvi promašaji vidjeti nakon raspisivanja specijalizacija - koliko ljudi imamo kao potencijalne kandidate? Ne možemo liječnike stvoriti iz epruvete - kako prof. Baltazar.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
632	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>HUUGO. stavak 5....radi osiguranja dostupnostikoordinira rad svih zdravstvenih djelatnika u mreži JZS temeljem dragovoljno potpisanog ugovora (koji definira uvjete rada i plaćanja ugovorenog rada) o suradnji između doma zdravlja i ugovornog zdravstvenog djelatnika</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje</p>

633	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Radi osiguranja osiguravanja jednake dostupnosti i kvalitete zdravstvenih usluga na području cijele RH s obzirom na izazove starenja stanovništva, manjak lokalnih kadrovskih i dijagnostičkih kapaciteta te potrebu osiguravanja hitne stručne ekspertize na području Županija, potrebno je članak nadopuniti u smislu da ukoliko se neka od usluga ne može adekvatno pružiti kroz dom zdravlja, dom zdravlja može nabaviti dodatne usluge za obavljanje pojedinih specijalističkih djelatnosti ovisno o potrebama pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
634	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: "Dom zdravlja obvezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača." na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i psotaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi?!

635 **Leonardo Bressan**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.

Izbrisati st. (1) jer je u suprotnosti s načelima slobode rada i odredbama Ustava RH... Izbrisati stavak (4) jer je nepotreban obzirom na odredbe st. (6), a st. (6) izmijeniti u: "Dom zdravlja mora osigurati provođenje djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ako obavljanje tih djelatnosti sukladno mreži javne zdravstvene službe nije drukčije organizirano te mora osigurati provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite sukladno mreži javne zdravstvene službe zapošljavanjem ili sklapanjem ugovora o funkcionalnoj integraciji doma zdravlja s bolničkom ustanovom."

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

636	<p>Vedran Kovacic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. U članku 25. gdje je definiran djelokrug rada Doma zdravlja nije definiran status malih centara za dijalizu koji djeluju pri Domovima zdravlja, koji su često pod nadzorom liječnika opće medicine! U Nacrtu zakona navodi se samo specijalističko-konzilijarna djelatnost pri Domu zdravlja, a kontrola i nadzor bolesnika na kroničnoj hemodijalizi često je prepuštena liječnicima obiteljske medicine. Treba jasnije definirati status malih dijaliznih centara (osobito u Dalmaciji gdje ih je najviše, npr. na Braču, Hvaru etc), te ih staviti pod nadzor bolničke ustanove (možda razmišljati o modelu podružnice bolnice, ali svakako treba definirati nadzor nad radom malih dijalitičkih centara). izv.prof.dr.sc. Vedran Kovačić, dr.med. specijalist opće interne medicine, uži specijalist nefrologije, uži specijalist intenzivne medicine, specijalist hitne medicine Zavod za hitnu i intenzivnu medicinu te kliničku farmakologiju s toksikologijom Klinike za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Split</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
637	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25. U stavku 2. navedeno je da dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti zdravstvene njege, dok u stavku 3. stoji kako dom zdravlja može obavljati zdravstvenu njegu u kući. Navedenu djelatnost je potrebno ukloniti iz stavka 2. članka 103. Stavkom 4. određeno je kako je dom zdravlja obavezan odlukom osnivača odrediti potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2.- tom terminologijom proizlazi kako dom zdravlja mora obavljati svaku navedenu djelatnost, dok ne mora odnosno može obavljati one iz stavka 3. Time je stavak 4. u kontradikciji sa stavkom 6. koji određuje kako dom zdravlja ipak ne mora sve te djelatnosti obavljati ako su one sukladno mreži drugačije organizirane. Bilo bi ispravnije odrediti na sljedeći način: „ (4) Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje djelatnosti iz stavka 2. ovog članka sukladno odluci osnivača, ako obavljanje tih djelatnosti sukladno mreži javne zdravstvene službe nije drugačije organizirano.“ „ (6) Dom zdravlja mora osigurati provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite sukladno mreži javne zdravstvene službe zapošljavanjem ili sklapanjem ugovora o funkcionalnoj integraciji doma zdravlja s bolničkom ustanovom.“ Ukoliko ne uvažite, u predloženom stavku 6. potrebno je broj „1.“ zamijeniti brojem „2.“. Stavak 1. ne navodi djelatnost koje pruža dom zdravlja. Nastavno na stavak 6. kojim se dom zdravlja obvezuje na provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite- da li će se povećati iznos decentraliziranih sredstava domovima zdravlja s obzirom da je opremanje i stvaranje uvjeta za ugovaranje specijalističko-konzilijarnih djelatnosti znatno skuplje nego isto za primarnu zdravstvenu zaštitu? Pozdravljamo intenciju da se pri domovima</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravlja razvije SKZZ i time rastereti ista u bolničkom zdravstvenom sustavu te smanje liste čekanja što je svakako u interesu pacijenta i osiguranja dostupnosti no nužno je uzeti u obzir potrebu ulaganja u prostore i opremu koja je za ovu razinu djelatnosti znatno skuplja. Pri tome nužno je u Mreži javne zdravstvene službe specijalističko-konzilijarne bolničke djelatnosti „prebaciti“ pod domove zdravlja kako bi se omogućilo ugovaranje. Ukoliko osnivač svojom odlukom iz stavka 4. odredi veći broj ordinacija u djelatnostima koje dom zdravlja obavlja, svakako osigurava domu zdravlja sredstva od HZZO-a, no predloženo dovodi do neujednačene prakse po županijama a time i do otpora liječnika. Pri tome je nužno uzeti u obzir kako osnivač tom odlukom mora odrediti i kriterije po kojima će upravno vijeće zdravstvenim radnicima koji su u radnom odnosu u domu zdravlja iz članka 50. prijelaznih i završnih odredaba ovog nacrtu prijedloga zakona odobriti zakup poslovnog prostora radi prelaska u privatnu praksu, a kako bi stvorio uvijete za zadržavanje broja ordinacija koje je odlukom odredio. Nadalje, stavkom 5. omogućuje se domu zdravlja da radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti koje on sam obavlja. Posljedično, nužno je u zakonski tekst uglaviti odredbu (npr. u članak 64.): „ Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su na zahtjev nadležnog doma zdravlja sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene djelatnosti koju obavljaju sukladno članku 103. stavak 5. ovog Zakona.“ Uz to nužno je u prekršajnim odredbama Zakona predvidjeti novčanu kaznu privatnom zdravstvenom radniku koji počini prekršaj nepoštivajući takvu obvezu. Za sada ste privatne zdravstvene radnike u mreži javne zdravstvene službe, dopunom članka 64. Zakona, obvezali samo da se nadležnom domu zdravlja odazovu na poziv za rad u iznimnim okolnostima u radu posebno organiziranih ambulanti. Obveza doma zdravlja da osigura dostupnost koordinacijom privatnika mora biti podudarna s njihovom obvezom da na zahtjev doma zdravlja sudjeluju u osiguravanju dostupnosti u svojoj djelatnosti, samo po smatranju doma zdravlja da postoji potreba stanovništva i radi realizacije uloge nositelja primarne zdravstvene zaštite. Može li u tom slučaju npr. dom zdravlja osigurati dostupnost u ruralnim dijelovima županije u određenoj djelatnosti gdje nema liječnika (nepopunjena mreža ili tim DZ bez nositelja) putem privatnih zdravstvenih radnika te kako bi se takvo postupanje organiziralo i financiralo, u smislu troškova rada na lokaciji ali i poštivanja obveza privatnih zdravstvenih radnika prema svojim pacijentima i radnicima. Nužno je odredbama Zakona jasnije odrediti što koordinacija podrazumijeva, u kojim konkretnim slučajevima dom zdravlja može za njom posegnuti, da li ju prati ugovor s ugovorenim privatnicima i kako se ista domu zdravlja financira.

638	<p>Dom zdravlja Metković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Nismo vidjeli nikakvu osnovu niti analizu na osnovu koje je donesen prijedlog da se iz djelatnosti domova zdravlja izostavi sanitetski prijevoz. Sanitetski prijevoz služi isključivo primarnoj zdravstvenoj zaštiti te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Bez kontrole domova zdravlja, koji su zaduženi za PZZ, predviđamo da će se troškovi sanitetskog prijevoza znatno povećati jer će se broj putnih naloga za sanitetski prijevoz (bez kontrole doma zdravlja) značajno narasti. Sanitetski prijevoz najvećem dijelu domova zdravlja donosi neophodne prihode, te će pripajanje sanitetskog prijevoza drugoj ustanovi dovesti do negativnog poslovanja domova zdravlja, čime se dodatno otežava položaj domova zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
639	<p>DOM ZDRAVLJA PLOČE NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Protivimo se izmjenama članka 103.tj. brisanju stavka 3., jer smatramo da županijama treba ostaviti na odluku postotak djelatnosti PZZ (ordinacija) pri domovima zdravlja – tj. javnoj djelatnosti, i onih koje odlaze u koncesiju. Javni interes i potreba se mogu ostvariti i kontrolirati sigurno samo kroz javno zdravstvo, što je pokazala i prethodna COVID -19 epidemija. DOM ZDRAVLJA PLOČE</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

640	<p>Dom zdravlja Dr. Ante Franulović Vela Luka NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Pod stavkom 2. iz djelatnosti domova zdravlja je skinuta djelatnost „sanitetskog prijevoza“ bez analize iz koje bi bilo vidljivo da će pružanje djelatnosti sanitetskog prijevoza izvan domova zdravlja funkcionirati bolje, brže i efikasnije, s time još polučiti financijske uštede. Napominjemo da sanitetski prijevoz isključivo koristi primarna zdravstvena zaštita pri domovima zdravlja i izuzimanjem domovima zdravlja djelatnosti sanitetskog prijevoza dovesti će do povećanog broja sanitetskih prijevoza i neće biti nikakve uštede već povećanja troškova bez kontrole putnih naloga. Posebice će se to osjetiti u udaljenim područjima poput otoka Korčule, gdje sanitetski prijevoz traje cijeli dan do Splita ili Dubrovnika, odnosno dva dana do Zagreba. Pod stavkom 5. navodi se poradi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika. Dom zdravlja može koordinirati rad svojih zaposlenika, ali kako može koordinirati rad privatnih ordinacija koji imaju svoje zaposlenike i ugovor samo sa HZZO. Ovo treba jasnije definirati jer će doći do problema jer se ignoriraju ugovorne i zakonske obveze, a posebice Zakon o radu. Pod stavkom 6. navodi se da dom zdravlja mora osigurati provođenje djelatnosti sukladno mreži javne zdravstvene službe koje nije drukčije organizirano te mora osigurati provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite sukladno mreži javne zdravstvene službe zapošljavanjem ili sklapanjem ugovora o funkcionalnoj integraciji doma zdravlja s bolničkom ustanovom. To se sada u skladu sa financijskim mogućnostima i djelatnostima provodi, uz najčešće emocionalnu ili obiteljsku povezanost doktora sa nekim ruralnim ili otočnim područjem. Bolnički liječnik na otok koji je udaljen 2-3 sata putovanja može dolazi jednom do dva puta mjesečno i s time se ne postiže učinak koji se vjerojatno očekuje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
641	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Stavak 5: Potrebno je nadopuniti odredbom da se dom zdravlja obvezuje sklopiti Ugovor o međusobnoj suradnji sa Ordinacijama u ugovornom odnosu sa hzzo - jasno definirati prava i obaveze</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
642	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>radom palijativnih timova ne može koordinirati osoba na političkoj funkciji već to mora biti voditelj koji će biti upoznat sa svim ostalim zdravstvenim procesima koji između ostalog uključuju i palijativnu skrb. Palijativni timovi su u sastavu Domova zdravlja a ne županijskih uprava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

643	<p>Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Stavak 2.- Prema kojim kriterijima je iz djelatnosti Doma zdravlja izuzet sanitetski prijevoz? Stavak 5.- Dom zdravlja može koordinirati rad svojih zaposlenika, ali je nejasno kako može koordinirati rad nositelja privatnih ordinacija koji imaju ugovor samo sa HZZO-m, a koji imaju i svoje radnike. Stavak 6.- Prijedlog je nedorečen jer bolnički liječnik koji će dio vremena raditi u Domu zdravlja opet neće obraditi pacijente koji bi dolazili u bolničku ambulantu, dakle broj obrađenih pacijenata se po prirodi stvari ne može povećati. Stavak 14. Smatramo da raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih timova treba određivati ravnatelj ustanove.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
644	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Stavak 5 - na koji način Dom zdravlja koordinira rad SVIH zdravstvenih djelatnika? Da li se obvezuje DZ ugovoriti takav odnos sa svim zdravstvenim djelatnicima te definirati jasno prava i obveze? Ponovo napominjem da zakonodavac ignorira činjenicu da privatni zdravstveni djelatnici imaju svoje zaposlenike prema kojima imaju zakonske i ugovorne obveze kao poslodavci. I da ti zaposlenici imaju svoja prava - sukladno Zkonu o radu. Ovo treba malo jasnije definirati inače se namjerno stvaraju problemi koji ne bi trebali postojati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
645	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>Ideja da palijativne timove koordinira župan, dakle, nemedicinar? Nema smisla. Također treba adekvatno platiti zdravstvene radnike u palijativnim timovima, neki npr. nemaju dodatak za terenski rad iako rade isključivo terenski, medicinskim sestrama nisu priznate njihove fakultetske diplome i plaćene su kao SSS. I onda se čudimo zašto ljudi uče švedski i pakiraju kofere.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

646	<p>Dom zdravlja Dubrovnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 25.</p> <p>U članku 103. točki 2. treba dodati i "sanitetskog prijevoza". Obzirom da prijedlogu brisanja sanitetskog prijevoza iz djelatnosti domova zdravlja nije priloženo nikakvo obrazloženje ili analiza iz koje bi proizlazilo da će pružanje djelatnosti sanitetskog prijevoza izvan domova zdravlja omogućiti bolju, kvalitetniju, dostupniju zdravstvenu zaštitu te financijske uštede, predlažemo ne mijenjati trenutno stanje. Sanitetski prijevoz služi isključivo primarnoj zdravstvenoj zaštiti te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Mi predviđamo da će se troškovi sanitetskog prijevoza znatno povećati jer će se putni nalozi za sanitetski prijevoz od strane obiteljskih liječnik (bez kontrole doma zdravlja) znatno povećati. Ostaje i pitanje ustavne nejednakosti ove odredbe, obzirom da će privatne ustanove i nadalje moći ugovarati i obavljati navedenu djelatnost.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
647	<p>DOM ZDRAVLJA NOVALJA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 26.</p> <p>Uzimajući u obzir stavak 2. članka 25. ovog nacрта i ovog članka (26.), za sanitetski prijevoz može se reći: - Domovi zdravlja nemaju pravo obavljati sanitetski prijevoz, a svi drugi, koji zadovoljavaju uvjete, mogu! Ako znamo da sanitetski prijevoz služi prvenstveno primarnoj zdravstvenoj zaštiti, koji je smisao i svrha ovog članka?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
648	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 26.</p> <p>Omogućiti ugovaranje sanitetskog prijevoza i privanim ustanovama za zdravstvenu skrb prema uvjetima propisanog Pravilnika Time bi se rasteretile sadašnje ustrojstvene jedinice sanitetskog prijevoza...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

649 **DOM ZDRAVLJA PLOČE**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 26.
Članak 103. i 104. važećeg zakona koji regulira sanitetski prijevoz ne mijenjati, i ostaviti ga pri domovima zdravlja, što bi bila potvrda deklarirane politike jačanja domova zdravlja i PZZ. Premještanje sanitetskog prijevoza iz domova u HMP bi domovima bio dodatni financijski i organizacijski udarac i siguran korak ka daljnjem slabljenju, a HMP-u ne bi donio željeno rješenje, jer bi se financijska dobit rastopila u povećanju plaća djelatnika prelaskom na koeficijente i prava HMP, a porast broja vožnji kroz putne naloge ispisane od obiteljske medicine (koju HMP ne može kontrolirati) napraviti će dodatnu štetu cijelom zdravstvenom sustavu. Sanitetski prijevoz je servis obiteljske medicine od koje dolazi 90% putnih naloga (ostatak izravno od bolnica), a vozila HMP sa svom vrijednom medicinskom opremom su servis HMP-a. Obostrano broj prijevoza najvećim dijelom ovisi o indikacijama korištenja prijevoza, te je utvrđeno da je u Osječko –baranjskoj županiji neindiciranih preko 40%, a u Dubrovačko-neretvanskoj oko 10%. Lako je zaključiti pripadnost sanitetskog prijevoza. Ostanak sanitetskog prijevoza u domovima zdravlja (gdje rade i obiteljski doktori - svjesni da je to njihova poluga u svakodnevnom liječenju pacijenata i gdje je navedena služba uhodana), po analizama iskustava u Osječkom zavodu za HMP, cijeli sustav će bit pošteđen od: Zapošljavanja i prijenosa novih djelatnika, profilacije i osjećaja diskriminacije – te posljedičnog jala djelatnika u različitim službama unutar ustanove kao niže rangiranih, osjećaja kažnjavanja smjenama u sanitetu, većeg broja ozljeda na radu uslijed fizičkih aktivnosti u sanitetskom prijevozu, nazadovanja u struci, negativnog poslovanja zbog cijene prijevoza, održavanja vozila koja se višestruko koriste u odnosu na vozila HMP, povećanja broja prijevoza uslijed recesije i nekoordiniranosti s PZZ, dugih vožnji i odsustva djelatnika, osnivanja prijemno- dojavnih jedinica ,tj. novih zaposlenika te drugih „porodajnih“ muka za čije uklanjanje nedostataka treba najmanje 5 g. Kako je analiza pokazala prijevoz sanitetom od Osijeka do Zagreba košta 2.278,60 kn, a javnim prijevozom oko 200 kn, jasne su posljedice loše odluke ili lošeg zakona. Plaća vozača HMP je 50% veća od vozača saniteta. Ako se želi zavodu za HMP pomoći u njihovu radu – što je svima cilj i potreba, može se postupiti na 2 načina. 1. Omogućiti zavodu HMP korištenje sanitetskog prijevoza kroz davanje prava ispisivanja putnog naloga kao i obiteljskoj medicini po indikaciji za sanitetskim prijevozom ili 2. Prebacivanja tj. ugovaranje 25% timova sanitetskog prijevoza u županijske zavode za HMP iz domova zdravlja i privatno ugovoreni ustanova za sanitetski prijevoz (dakle mreže). Time bi sve namjere bile iskrene i problemi riješeni na korist davatelja i korisnika PZZ. DOM ZDRAVLJA PLOČE

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

650	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 26. ako sanitetski prijevoz mogu obavljati i druge zdravstvene ustanove - zašto se sanitetski prijevoz izdvaja iz DOMova zdravlja i pripajau Zavodima za HM?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
651	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 28. Uz manjak roka za donošenje normativa i standarda, ne piše da će se igdje uvažiti mišljenje stručnih društava/organizacija,</p>	<p>Djelomično prihvaćen Rok za donošenje utvrđen u propisu.</p>
652	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 28. Nije utvrđen rok donošenja pravilnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
653	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 28. Ponovo nema nikakvog roka za donošenje normativa i standarda.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
654	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29. Članak 29, koji se odnosi na čl. 114, kaže: "(1) Opća bolnica jest zdravstvena ustanova koja obavlja najmanje djelatnosti kirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i porodiljstva te hitne medicine i ima posteljne, dijagnostičke i druge mogućnosti prilagođene svojoj namjeni..." i ostali članci.. Je li napravljena cjelovita analiza po svim bolnicama? Koliko se misli stacionarnih kreveta smanjiti po pojedinim bolnicama, koliko i koji se odjeli namjeravaju ukinuti po pojedinim bolnicama, koliko će zdravstvenih djelatnika ostati bez posla zbog toga u matičnim ustanovama (i ev biti preraspoređeno u druge ustanove?), kolike se uštede time planiraju, koji je benefit za građane ako će po zdravstvenu uslugu/ hospitalizaciju morati ići u drugi grad? Pitanje je i kapaciteta za rad ako se npr.u jednoj bolnici ukinu neki odjeli/ ambulante/ dijagnostika, teško da će se to moći ostvariti, tj.nadoknaditi i obraditi sve te pacijente u drugoj, većoj bolnici. Postelje u Dnevnoj bolnici nisu često adekvatna zamjena za stacionarnu postelju. Hoće li se voditi računa o postotku gravitirajućeg stanovništva koje ustanova zbrinjava, o ekipiranosti i opremljenosti odjela i ustanova, broju usluga koje se izvršavaju, planiranim (npr. specijalizanti) i postojećim kadrovima?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
655	<p>OPĆA BOLNICA NOVA GRADIŠKA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29. Opća bolnica Nova Gradiška, ovim putem iznosi primjedbe na sadržaj teksta članka 29. Nacrta prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se mijenja članak 114. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, na</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

način da se u navedenom članku dodaje stavak 4., koji glasi: "Na području jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba može se osnovati jedna opća bolnica", te predlaže da se stavak 4., briše. Obrazloženje prijedloga: Opća bolnica Nova Gradiška je od 01. siječnja 2014. do 30. rujna 2017. bila organski spojena s Općom bolnicom "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod, što nije dalo odgovarajuće rezultate, te su navedene ustanove odlukom Vlade RH i osnivača razdvojene, te od 01. listopada 2017. Naša ustanova posluje kao samostalni pravni subjekt. U tome razdoblju došlo je do višestrukog povećanja obveza, velikog manjka faktura, osobito u Ispostavi Nova Gradiška, a kod radnika se javio i osjećaj nesigurnosti za radna mjesta što je rezultiralo odlaskom iz ustanove pojedinih dr. med. specijalista, kao i smanjenim interesom za specijalizacije u Novoj Gradiški. U tome periodu iz EU fondova nije na lokaciji Nova Gradiška realiziran niti jedan projekt zbog gubitka pravne osobnosti ustanove, te se nije moglo aplicirati na projekt za obnovu dnevnih bolnica "Kraći put do zdravlja", gdje je izgubljeno 20 milijuna kuna, kao niti na natječaj za uspostavu OHBP-a, gdje je izgubljeno cca. 10 milijuna kuna. Oprema je minimalno obnavljana, te se stvorio privid besperspektivnosti bolnice Nova Gradiška koja skrbi za oko 70 tisuća osiguranika sa zapadnog dijela BPŽ, te istočnog dijela Sisačko - moslavačke županije, uključujući i Grad Novsku. Opća bolnica Nova Gradiška skrbi za stradale u prometnim nesrećama na 100 km autoceste, jer je jedina bolnica na najprometnijoj autocesti u državi na potezu od Zagreba do Slavenskog Broda. Također su se javili i veliki logistički problemi i problemi u upravljanju s obzirom na udaljenost između dvije Bolnice, a koja je oko 60 km. Pripajanje Opće bolnice Nova Gradiška Općoj bolnici Slavonski Brod je rezultiralo smanjenjem kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite, povećanjem obveza, produljenjem rokova plaćanja i odlaskom djelatnika iz Bolnice u druge zdravstvene ustanove. Dana 01. listopada 2017. dolazi do vraćanja pravne osobnosti Općoj bolnici Nova Gradiška, te je u vrlo kratkom periodu došlo do značajnih ulaganja u obnovu objekata i opreme iz EU fondova, kao i iz županijskih i nacionalnih sredstva, u iznosu od cca. 80 milijuna kuna. Jedan dio liječnika se vratio, a gotovo svi mladi liječnici s područja koje gravitira našoj bolnici primljeni su na specijalizaciju te Opća bolnica Nova Gradiška ima 48 liječnika specijalista (od toga 22 uža specijalista) i 20 specijalizanta. Sve ovo govori u prilog da organsko spajanje ustanova nije dalo dobre rezultate, te da se i novim prijedlogom Zakona ne bi trebalo ići u tome smjeru, nego se koncentrirati na funkcionalno povezivanje bolnica koje sada imaju status općih bolnica, kao samostalnih pravnih subjekata.

656	<p>Ivan Tucić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29. U Brodsko-posavskoj županiji u razdoblju od 2014 godine do 2017 godine došlo je do spajanja Opće bolnice Nova Gradiška sa Općom bolnicom Slavonski Brod, a krajnji rezultat je bio u potpunosti u suprotnosti sa očekivanim učincima. Spajanje je dovelo do višestrukog povećanja obveza spojenih bolnica što je pak posljedično dovelo do smanjenja ulaganja. Posljedica smanjenog ulaganja je bio pad broja liječnika i zainteresiranih specijalizanata za rad u bolnici Nova Gradiška, što je na kraju rezultiralo velikim padom kvalitete zdravstvenih usluga koje bolnica pružala. Obzirom na negativno iskustvo u provedbi i rezultatima prethodnog spajanja, sa dozom opreza gledamo na planirano spajanje i uspješnu provedbu istog.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
657	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29. Nepotrebno je određivati broj ustanova prizvoljnim granicama lokalne samouprave. Zdravstvena zaštita se organizira na području države tako da se u obzir uzmu posebnosti geografije, populacije i drugih varijabli. Županijske granice su glupost i treba ih zanemariti.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
658	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 29. Nepotrebno je određivati broj ustanova prizvoljnim granicama lokalne samouprave. Zdravstvena zaštita se organizira na području države tako da se u obzir uzmu posebnosti geografije, populacije i drugih varijabli. Županijske granice su glupost i treba ih zanemariti.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
659	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29. U članku 29. predlažemo dodati novi stavak koji glasi : „Opća bolnica 10 do 15% posteljnih kapaciteta osigurava za pružanje smještajne palijativne skrbi (hospicija).“</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

660	<p>UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29.</p> <p>Prethodno nedavno provedena spajanja bolnica odnosno ukidanja pravnih osobnosti nisu dala odgovarajuće rezultate kako je predstavljeno javnosti, te su ustanove razdvojene odnosno vraćene su im pravne osobnosti 2018. godine. Konkretno, radi se o spajanju OŽB Požega i Opće bolnice Pakrac. Gubitkom pravne osobnosti po raspisanim natječajima za specijalizacije nije bilo kandidata (samo jedan, a koji je prije spajanja ustanova bio pripravnik), a dio liječnika je i otišao (13 otišlo, 5 došlo, od čega 3 pripravnika – znači na određeno vrijeme 5 mjeseci). Došlo je do zabrinutosti osoblja za budućnost te se nisu htjeli javljati i zadržavati u ustanovi kojoj je oduzeta pravna osobnost. Izgubljen je i dio pacijenata. Vraćanjem pravnih osobnosti, povećava se zainteresiranost za rad u ustanovama i povećava broj pacijenata (bolnica je realizirala 10 novih specijalizacija, zapošljava se zdravstveni kadar, energetski se obnovila, ulagala u opremu). Prije početka pandemije, odnosno u prve dvije godine nakon vraćanja pravne samostalnosti bolnica je izvršila usluge preko limita +3.026.432 kuna u 2018. g., odnosno 3.300.000 u 2019. godine. 2018. godini završili su u plusu (249.366 kn). Osim iz vlastite županije, znatan dio pacijenata gravitira im iz Sisačko moslavačke županije (udaljenost do bolnice Sisak 94 km, 1h 20 minuta autom) i Bjelovarsko bilogorske (bolnica Bjelovar 78 km, 1h 20 minuta voženje autom), stoga postoji mogućnost gubitka znatnog dijela pacijenata, odnosno znatan dio pacijenata mogao bi ostati bez zdravstvene skrbi, tako da se značaj ne smije gledati samo u kontekstu Požeško slavonske županije, posebice uvažavajući prometnu izoliranost, odnosno nedostatnu organizaciju javnog prijevoza. Stoga, predlažemo brisati stavak 4. i i dalje ostaviti mogućnost više od jedne opće bolnice na teritoriju jedne županije.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
661	<p>Mario Vukelić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 29.</p> <p>stavak 4. da li to podrazumijeva da će se u Županijama u kojima postoje dvije opće bolnice jedna od njih zatvoriti ili reorganizirati za obavljanje neke druge zdravstvene ili socijalne djelatnosti?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
662	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 30.</p> <p>U novopredloženom čl. 118.a. u st. 1. predlaže se riječ „ili“ zamijeniti izrazom „i/ili“ tako da glasi, „...bolesti i/ili dijagnostičke i terapijske postupke.“</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

663	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 30. Razvijanje centara izvrsnosti je u načelu dobra stvar, ali ovakav Prijedlog omogućava samo formalno povećanje broja takvih centara. Centri moraju biti vezani za institucije koje provode i razvijaju osim stručne i znanstvenu djelatnosti, inače ne možemo očekivati razvoj izvrsnosti u Centrima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
664	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 30. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 30. Nejasno je kako se planira uspostaviti Centre izvrsnosti, ako država i MiZ nisu u stanju napraviti osnovnu kontrolu kvalitete rada u svim ustanovama. Ne postoje službene smjernice za liječenje, trenutno ne postoji način da se utvrdi tko dobro, a tko loše radi, tako da je nemoguće utvrditi gdje će biti Centar izvrsnosti. Prvo treba mjeriti kvalitetu po određenim standardima neko vrijeme. Dok to ne počnete raditi, Centar izvrsnosti ej samo pojam koji lijepo zvuči, ali nema nikakvo značenje</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
665	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 30. Smatramo da se centri izvrsnosti moraju posložiti na razini općih bolnica te je nužno uvesti akreditaciju bolnica i standardizaciju usluga, odnosno definirati košaricu usluga. Potrebno je certificirati pojedine segmente bolničkog sustava, poglavito mjesta velikog troška (laboratoriji, hemodijaliza, operacijski blokovi i jedinice intenzivnog liječenja), smanjiti broj akutnih postelja u općim bolnicama, povećati broj dnevno-bolničkih i palijativnih postelja, redefinirati financiranje terapija za onkološke pacijente i pacijente koji boluju od rijetkih bolesti odnosno rasteretiti proračun općih bolnica. Objedinjenu javnu nabavu treba provoditi Ministarstvo zdravstva i to ne samo formalno, već kao nositelj i naručitelj. Osnaživanje ljudskih potencijala Ministarstva zdravstva nužan je preduvjet za ovaj proces. Limitiranje broja specijalizata po jednom mentoru na najviše dva. Informatizacija bolničkog sustava treba biti praćena ulaganjem države u informatičku infrastrukturu na svim razinama zdravstva. Ovaj proces ne smije biti prepušten na odlučivanje ustanovama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
666	<p>HGK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 30. Naša članica ističe potrebu jasnijeg određivanja načina na koji će se definirati i valorizirati centar izvrsnosti. Također ističe kako je nužno definirati tko će vršiti evaluaciju i po kojim kriterijima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

667	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 30. Ne smije se ostaviti opcija "ili drugog odgovarajućeg društva" jer se onda doista ne zna tko je nadležan. Što ako se dva društva izjasne suprotno u smislu OBNOVE naziva centra. Tu može biti problema.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
668	<p>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 32. U članku 122.predlaže se izmjena stavka 1. tako da glasi: „Naziv klinička ustanova dodjeljuje ministar na prijedlog javnog fakulteta zdravstvenog usmjerenja.“ U stavku 3. iza riječi: „bolnički centri“ predlažu se dodati riječi: "te postupak", riječi: „nadležnih komora“ zamijeniti riječima: „nadležne komore“, na kraju rečenice dodati zarez i riječi: „te javnih fakulteta zdravstvenog usmjerenja.“</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
669	<p>BORNA ŠARIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 33. S obzirom da prijedlogu brisanja sanitetskog prijevoza iz djelatnosti domova zdravlja nije priloženo nikakvo obrazloženje ili analiza iz koje bi proizlazilo da će pružanje djelatnosti sanitetskog prijevoza izvan domova zdravlja omogućiti bolju, kvalitetniju, dostupniju zdravstvenu zaštitu te financijske uštede, predložemo ne mijenjati trenutno stanje. Sanitetski prijevoz služi prvenstveno pacijentima ordinacija obiteljske medicine te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Također, prema važećem pravilniku, sanitetski prijevoz ne vrši hitne prijevoze nego one koji su unaprijed naručeni od strane ordinacija ili bolnica.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
670	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 33. Obzirom da prijedlogu brisanja sanitetskog prijevoza iz djelatnosti domova zdravlja nije priloženo nikakvo obrazloženje ili analiza iz koje bi proizlazilo da će pružanje djelatnosti sanitetskog prijevoza izvan domova zdravlja omogućiti bolju, kvalitetniju, dostupniju zdravstvenu zaštitu te financijske uštede, predložemo ne mijenjati trenutno stanje. Sanitetski prijevoz služi prvenstveno pacijentima ordinacija obiteljske medicine te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Također, prema važećem pravilniku, sanitetski prijevoz ne vrši hitne prijevoze nego one koji su unaprijed naručeni od strane ordinacija ili bolnica.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

671	<p>Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 33.</p> <p>Obzirom da prijedlogu brisanja sanitetskog prijevoza iz djelatnosti domova zdravlja nije priloženo nikakvo obrazloženje ili analiza iz koje bi proizlazilo da će pružanje djelatnosti sanitetskog prijevoza izvan domova zdravlja omogućiti bolju, kvalitetniju, dostupniju zdravstvenu zaštitu te financijske uštede, predložimo ne mijenjati trenutno stanje. Sanitetski prijevoz služi prvenstveno pacijentima ordinacija obiteljske medicine te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Također, prema važećem pravilniku, sanitetski prijevoz ne vrši hitne prijevoze nego one koji su unaprijed naručeni od strane ordinacija ili bolnica.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
672	<p>Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>Predloženom zakonskom odredbom u kojoj se u stavku 1. navodi kako HZJZ preuzima ulogu koordiniranja i rukovođenja svim zavodima javnog zdravstva u slučaju nastupanja posebnih okolnosti nije jasno o kojim se okolnostima radi tj. koja su to stanja i događaji. Kao što znamo druga zakonska legislativa poznaje definicije epidemije, potresa, poplave, drugih izvanrednih stanja te nije jasno zašto neke od njih ukoliko se na iste odnosi to nije i jasno napisano. Na ovaj se način otvara mogućnost intervencije na autonomiju rada ovih ustanova i njihovih osnivača, što nije u suglasju s Ustavom te Zakonom o lokalnoj i područnoj (regionalnoj) samoupravi. Prije svega, zakonodavcu mora biti jasno da HZJZ nema kapaciteta za kompletno rukovođenje, a još manje pokrivanja svih područja u incidentnim situacijama. HZJZ ne poznaje specifičnosti lokalne sredine, kao što ih poznaju djelatnosti lokalnih Zavoda koji „pokrivaju“ ta područja te je temeljem istog moguća jedino koordinativna uloga HZJZ-a uz pomoć i podršku lokalnog zavoda. Treba predvidjeti i mogućnost da incidentna situacija ne pokriva sva područja djelatnosti lokalnog zavoda, pa koordinacija niti nije potrebna za sve djelatnosti, nego možebitno samo jednu te je onda koordinacija parcijalna. Također je moguće da se u takvim posebnim situacijama zakonom predvidi opcija formiranja javnozdravstvenog tijela sastavljenog od svih ravnatelja zzzj, na čelu s ravnateljem HZJZ-a. Takvo formalno tijelo može preuzeti koordinativnu ulogu u vođenju definirane krizne situacije. Uloga tog tijela bi bila i da surađuje s ostalim mjerodavnim tijelima u posebnim situacijama, kao što su Stožer CZ, MUP, vojska i dr. Ne radi se o nečem novom jer takav sustav upravljanja imaju već neke zemlje u svijetu, npr. UK i USA.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

673	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>Predloženom novom zakonskom odredbom čl. 133.a ZZZ-a nije precizirano koji su to događaji i stanja u kojima bi Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) preuzimao ulogu koordiniranja i rukovođenja svim županijskim zavodima za javno zdravstvo (ŽZJZ). U drugim zakonima već postoje definicije stanja poput epidemije, izvanrednog stanja i sl., pa je nejasno zašto se upravo te definicije ne koriste i u ovom Nacrtu. Ukazujemo da HZJZ nema kapacitete za preuzimanje kompletnog rukovođenja niti pokrivanja svih područja u takvim incidentnim situacijama, posebno uzimajući u obzir da ne poznaje lokalnu sredinu. HZJZ-u bi se mogla dati ingerencija da u slučajevima posebnih okolnosti rukovodi samo određenim dijelom aktivnosti ŽZJZ kad je riječ o određenom stanju npr. epidemija zarazne bolesti pa se to odnosi na sve službe za zaraznu epidemiologiju i mikrobiologiju, s tim da ostale djelatnosti zavoda ostanu pod upravljanjem pripadajućih zavoda, a ne HZJZ-a. Druga opcija je da se u takvim situacijama zakonom predvidi mogućnost formiranja službenog javnozdravstvenog tijela sastavljenog od svih ravnatelja ŽZJZ i NZJZ na čelu s ravnateljem HZJZ i da takvo formalno tijelo preuzme koordinativnu ulogu u upravljanju kriznom situacijom u tom dijelu na koji se odnosi kriza. Takvo tijelo bi surađivalo s Kriznim stožerom, vojskom, policijom i drugim tijelima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
674	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>HZJZ treba dobiti ovlasti i odgovornost da vodi i organizira mrežu javnog zdravstva nevezano za županijske granice. Financira država.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
675	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 35.</p> <p>Hrvatska je mala zemlja tako da je nepotrebno imati 20 Zavoda za javno zdravstvo+krovna institucija. COVID pandemija vam je pokazala kako je taj ustroj trom i lijen (HZJZ šalje dopis, pa svaki Zavod šalje dopis dalje...). HZJZ treba dobiti ovlasti i odgovornost da vodi i organizira mrežu javnog zdravstva nevezano za županijske granice. Financira država.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

676	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>Za javnozdravstvene specijalizacije postoji slabi interes liječnika što će u skoroj budućnosti (ili već sada) predstavljati veliki problem u organizaciji preventivnih i dijagnostičkih - mikrobiologija te kurativnih djelatnosti. Prijedlozi za doprinos rješenju problema: 1. Obavezno izjednačiti koeficijente svih liječnika specijalista neovisno o vrsti specijalizacije i ustanovi u kojoj rade, dapače razmišljati o stimulaciji deficitarnih specijalista. 2. Neke aktivnosti, kao što su npr. promotivne aktivnosti vezane za zdrav način života, provođenje Nacionalnih programa rano otkrivanje raka i dr., analiza zdravstvenih pokazatelja, itd. ugovarati s fakultetski obrazovanim djelatnicima zdravstvenog usmjerenja (npr. medicinske sestre...) u analitičkim službama i mikrobiološkoj dijagnostici (sanitarni inženjeri i molekularni biolozi...) jer liječnika nema dovoljno. 3. Za učinkovitiji menadžment educirati rukovodeći kadar i jednako vrednovati fakultetski obrazovane nezdravstvene djelatnike (ekonomisti, pravnici...).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
677	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>Obzirom da su jedinice područne (regionalne) samouprave kao osnivači županijskih zavoda odgovorni u svim, pa i propisanim iznimnim okolnostima, za upravljanje i poslovanje županijskim zavodom, smatramo da se nadležnost Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo svede na koordiniranje obavljanja poslova županijskih zavoda, što je sasvim dovoljno za ostvarivanje svrhe: brze i učinkovite aktivnosti u izvanrednim okolnostima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

678	<p>NZJZ "Dr. Andrija Štampar" NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>U članku 134. iza stavka 2. dodaje se novi stavak 3. koji glasi: (3) Pored djelatnosti iz prethodnog stavka zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba može obavljati i druge djelatnosti sukladno posebnim propisima. Dosadašnji stavak (4) postaje stavak (5). Obrazloženje: Potrebno dodati radi upisa djelatnosti u tekst u i na način kako se to zahtjeva u posebnim zakonima jer nije ista terminologija niti nadležnost ministarstva zdravstva. Popis poslova zdravstvene ekologije u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti su u stvari djelatnosti koje su definirane u posebnim zakonima i na način kako su navedene u odredbama posebnih zakona moraju biti upisane u Sudski registar kako bi zavodi dobili ovlaštenje za obavljanje tih djelatnosti iz područja zdravstvene ekologije. U članku 134. u stavku 3., podstavku 9 iza riječi „otkrivanje“ dodati riječi „i liječenje“. Obrazloženje: Potrebno dodati navede riječi radi nomotehničkog usklađenja odredbe s odredbom članka 30. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, stavak 2. koji glasi: Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: te podstavak 10. koji glasi: – zaštite mentalnoga zdravlja, izvanbolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
679	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 35.</p> <p>Propisivanjem ovakvog postupanja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo kao koordinatora i rukovoditelja svih županijskih zavoda za javno zdravstvo u slučaju nastupanja posebnih okolnosti derogira ovlasti ravnatelja zavoda, koji tada ne organizira niti vodi poslovanja ustanove sukladno članku 85. Zakona. Iznimku od uobičajenih ovlasti ravnatelja trebalo bi stoga predvidjeti dopunom članka 85. za ravnatelje županijskih zavoda za javno zdravstvo kako bi isto bilo jednostavnije uglaviti pri usklađivanju statuta ustanove, ali i kako bi se navedeni članak uskladio s novim člankom 133.a.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

680	<p>Dubrovačko-neretvanska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 36.</p> <p>Predlažemo da članak 138. stavak 1. i 1.a glase: (1) Hrvatski zavod za hitnu medicinu jest zdravstvena ustanova za obavljanje djelatnosti hitne medicine i telemedicine. (1a) Iznimno ZZHM u JP(R)S može odlukom predstavničkog tijela obavljati i uslugu sanitetskog prijevoza. Obrazloženje Sanitetski prijevoz služi isključivo primarnoj zdravstvenoj zaštiti te bi njegova organizacija i ustroj trebala ostati na procjeni jedinice područne/regionalne samouprave – županije. Financijski doprinos sanitetskog prijevoza u poslovanju domova zdravlja nije zanemariv te bi se gubitkom tog segmenta domovi zdravlja koji posjeduju sanitetski prijevoz doveli u stanje negativnog poslovanja, a HMP-u ne bi donio željeno rješenje, jer bi se financijska dobit rastopila u povećanju plaća djelatnika prelaskom na koeficijente i prava HMP (plaća vozača HMP je 50% veća od vozača saniteta), a porast broja vožnji kroz putne naloge ispisane od obiteljske medicine (koju HMP ne može kontrolirati) napraviti će dodatnu štetu cijelom zdravstvenom sustavu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
681	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 36.</p> <p>INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 36.</p> <p>Ponovno ista stvar. Granice lokalnih samouprava ne bi trebale određivati zdravstvenu zaštitu. HZHM treba napraviti funkcionalnu mrežu sa dovoljno timova koji će pokrivati DRŽAVU. Tako se izbjegava rasipanje odgovornosti i stvara kompaktan, brz i efikasan sustav koji ako zakaže može vrlo brzo pokazati tko je kriv. Ako niste za opciju da HZHM vodi sve, onda ga ukinite, a ovlasti dajte Županijskim Zavodima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

682	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 36.</p> <p>Što se tiče mreže timova hitne medicinske službe svakako predlažemo da se TIM 2 ispostave Križevci i TIM 2 ispostave Đurđevac, a koji su nadstandardno financirani od strane osnivača, uvrste u redovnu mrežu timova hitne medicinske službe financiranih od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Porast cijene goriva u 2022. godini predstavlja sve veće opterećenje za poslovanje Zavoda za hitnu medicinu, a u odnosu na prethodne godine cijena je porasla za oko 50%. Ugovoreni iznos naknade putnog troška od 1.50 kunu po prijeđenom kilometru nije dostatan za pokriće osnovnih izdataka za sanitetska vozila. Iz navedenog iznosa putnog troška moraju se pokriti troškovi održavanja vozila – redovni i izvanredni servisi, osiguranja vozila od osnovne automobilske odgovornosti i kasko, tehnički pregled vozila – trošak povećan zakonskom obvezom obavljanje dodatnog tehničkog pregleda, a najveći izdatak je nabava goriva. Da bi se smanjio negativni jaz uslijed povećanja cijene goriva, predlažemo povećanje naknade za putni trošak na minimalno 2,5 kune po prijeđenom kilometru. Također predlaže se funkcionalno informatičko povezivanje hitne službe sa svim primarnim i sekundarnim zdravstvenim ustanovama, liječnicima obiteljske medicine i bolnice radi lakšeg praćenja pacijenata kroz zbrinjavanje u sustavu zdravstva, jer pacijenti vrlo često nemaju kod sebe nikakvu medicinsku dokumentaciju te ne znaju koju terapiju uzimaju te bi takav informatički sustav uveliko olakšao zbrinjavanje pacijenta u hitnoj medicinskoj službi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
683	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 36.</p> <p>Zašto se sanitetski prijevoz navodi uz djelatnost hitne medicine ako se može osnivati i u drugim ustanovama? Koje su po tome ovlasti i obaveze drugih ustanova koje vrše sanitetski prijevoz?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
684	<p>ivana šmit NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 38.</p> <p>HUBOL smatra da je potrebno ukinuti županijske Zavode za javno zdravstvo te infrastrukturu tih zavoda i zaposlenike pripojiti bolničkim OHBP-ovima. Time bi se ostvarila značajna financijska ušteda. Nadalje ako bi se edukacijom medicinskih sestara i tehničara u specijaliste hitne medicine oformio dovoljan broj takvog osoblja za izlazak na teren i samostalno zbrinjavanje urgentnih stanja djelomice bi se riješio i kadrovski manjak.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

685	<p>ivana šmit NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 38. Članak 38 HUBOL-ov komentar: sporni su stavci: - koordinira, stručno usmjerava i prati kvalitetu rada u djelatnosti hitne medicine- ovim se stavkom u nadležnost Zavoda za hitnu medicinu potencijalno stavlja i bolnički OHBP što smatramo apsolutno neprihvatljivim jer se radi o Odjelu bolničke ustanove koji NIKAKO ne smije biti u bilo kakvoj nadležnosti Zavoda za hitnu medicinu. - donosi edukacijske programe cijeloživotnog obrazovanja/trajne izobrazbe radnika u djelatnosti hitne medicine te sudjeluje u provedbi i nadzire edukaciju i stručno usavršavanje radnika u djelatnosti hitne medicine- HUBOL se oštro protivi ovom stavku. Naime program obrazovanja donosi specijalističko usavršavanje kroz program specijalizacije hitne medicine za liječnike i sada i specijalizacije hitne medicine za medicinske sestre/tehničare. Obnova licence propisana je za sve liječnike na isti način, prema tome izuzimanje liječnika specijalista hitne medicine i liječnika u djelatnosti hitne medicine iz ovog načina obnove licence je stavljanje ove skupine liječnika u manje povoljan položaj u odnosu na sve ostale liječnike i naginje diskriminaciji ove skupine liječnika. Zahtijevamo brisanje ovog stavka!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
686	<p>Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 38. U stavku (1) podstavku 14. brisati riječi: "dodatnog usavršavanja" obzirom da je dodatno usavršavanje medicinskih sestara u nadležnosti Hrvatske komore medicinskih sestara.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
687	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 38. Propisivanjem ovakvog postupanja Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu derogiraju se ovlasti ravnatelja zavoda ali i upravnog vijeća, što je određeno člancima 84. i 85. Zakona. Iznimku od uobičajenih ovlasti upravnog vijeća i ravnatelja zdravstvenih ustanova trebalo bi stoga predvidjeti dopunom članka 84. i 85. za tijela županijskih zavoda za hitnu medicinu kako bi isto bilo jednostavnije uglaviti pri usklađivanju statuta ustanove, ali i kako bi se navedeni članci uskladili s novim člankom 140.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

688	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 39.</p> <p>Obavljanje djelatnosti hitne medicine izvan područja jedinice područne (regionalne) samouprave, na područjima drugih jedinica s kojima teritorijalno graniči, može biti samo u iznimnim slučajevima koje će Izmjenama Zakona biti jasno definirane (npr. u slučaju masovnih nesreća, prirodnih katastrofa i drugih izvanrednih okolnosti), a ne kao pravilo. Krapinsko-zagorska županija ulaže snažne napore i znatna financijska sredstva da svim stanovnicima županije, osigura jednako dostupnu i kvalitetnu hitnu medicinsku pomoć. Kontinuirano se ulaže u opremu, vozila, edukaciju i financiraju dodatni timovi kroz decentralizirana i izvorna sredstva Županijskog proračuna. Neprihvatljivo je da u naredno razdoblje dođe do urušavanja dostupnosti i kvalitete hitne medicinske skrbi stanovnika Krapinsko-zagorske županije radi obavljanja intervencija na području susjednih županija, izuzev ovih iznimnih situacija, definiranih kako predlažemo.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
689	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 40.</p> <p>Članak 40, koji se odnosi na čl. 156a) kaže: "Zdravstveni radnik za vrijeme obnašanja dužnosti ravnatelja, zamjenika ravnatelja, pomoćnika ravnatelja zdravstvene ustanove, predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave ne može biti osnivač zdravstvene ustanove ili trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost u zdravstvenoj djelatnosti u kojoj je zaposlen, odnosno u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zaposlen." Predlažem iza riječi „ne može biti osnivač“ dodati zarez i „vlasnik ili suvlasnik“ Naime, time bi se ojačala stvarna namjera da se spriječi utjecaj osoba na upravljačkim pozicijama u javnozdravstvenom sustavu na preusmjeravanje pacijenata iz njihovih privatnih ustanova u javne mimo lista čekanja, odnosno preusmjeravanja pacijenata iz javnozdravstvenih ustanova u njihove privatne ustanove (sukob interesa).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

690	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 40.</p> <p>Nejasno je zašto je predloženo uvrštavanje nove odredbe čl. 156.a. ZZZ-a, koja uređuje zapreke za obnašanje dužnosti ravnatelja, zamjenika ravnatelja, pomoćnika ravnatelja zdravstvene ustanove, predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Hrvatska odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave, u glavu Dio peti ZZZ-a / Glavu I. Uvjeti za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Smatramo logičnijim da je uvrštavanje te nove odredbe predviđeno u Dijelu četvrtom ZZZ-a / Glavi IV. Tijela zdravstvene ustanove i Glavi VI. Unutarnji ustroj kliničkih i bolničkih zdravstvenih ustanova. Vezano uz sam sadržaj odredbe koja uređuje nespojivost obnašanja upravljačkih i organizacijskih dužnosti u zdravstvenim ustanovama s funkcijom osnivača u drugoj zdravstvenoj ustanovi ili trgovačkom društvu, a čiji je cilj očito sprečavanje potencijalnog sukoba interesa, ističemo da je istu potrebno precizirati na način da ne bude dvojbe oko njenog tumačenja. Navedeno se posebno odnosi na dio koji glasi : „...u zdravstvenoj djelatnosti u kojoj je zaposlen, odnosno u djelatnosti koja je povezana s poslovima iz djelatnosti u kojoj je zaposlen“. Ta formulacija je podložna širokom tumačenju te je predlažemo dodatno precizirati ili brisati. Skrećemo pritom pozornost kako je u novom Zakonu o sprečavanju sukoba interesa krug njegovih obveznika već proširen na ravnatelje ustanova u zdravstvu kojima je osnivač Republika Hrvatska ili jedinica lokalne i područne samouprave, koji sada imaju dodatna ograničenja u pogledu članstva u upravljačkim i nadzornim tijelima drugih subjekata, udjela u njihovu vlasništvu, obavljanja dodatnih poslova i primanja naknada.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
691	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 40.</p> <p>Cijelo pitanje o mogućnosti rada javno/privatno se nažalost ne može uspješno riješiti zabranama, već kvalitetnije osmišljenim rješenjima poput primjerice sustavom plaća. Međutim, ako se već zabranjuje na ovako definiran način, to je opet samo djelomično i nespretno rješenje jer može dovesti do toga da neki zdravstveni radnici neće htjeti preuzeti upravljačke pozicije, u potpunosti će izaći iz javnih ustanova ili će samo formalno prebaciti vlasništvo na nekog drugog. Dakle opet se nema suštinskog rješavanja problema.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
692	<p>Tomislav Franić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 40.</p> <p>na kraju članka dodao bih" ...niti u istoj može obavljati bilo kakve poslove." Ovo za slučaj prenosa vlasništva na članove obitelji ili odvjetnička društva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

693	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 41. Članak 41, koji se odnosi na čl.151, stavak 5.kaže: "Poslodavac može dati odobrenje iz stavka 1. ovoga članka predstojniku klinike, predstojniku kliničkog zavoda, pročelniku zavoda i pročelniku službe zdravstvene ustanove uz ispunjavanje uvjeta iz stavka 3. ovoga članka te u skladu s mjerilima propisanim pravilnikom iz stavka 6. ovoga članka samo u slučaju ako to ne uzrokuje poteškoće u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka." Navedeno je preopćenito i nejasno definirano; time se ne rješava problem utjecaja osoba na upravljačkim pozicijama u javnozdravstvenom sustavu na preusmjeravanje pacijenata iz njihovih privatnih ustanova u javne mimo lista čekanja, odnosno preusmjeravanja pacijenata iz javnozdravstvenih ustanova u njihove privatne ustanove (sukob interesa) jer tko će adekvatno procijeniti postoje li „poteškoće u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka“?</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi je specificirana poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove.</p>
694	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 41. Člankom 41. utvrđuju se dodatni uvjeti za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca za svoj račun, za predstojnika klinike, predstojnika kliničkog zavoda, pročelnika zavoda i pročelnika službe zdravstvene ustanove. I dalje smatramo da dvojni angažman liječnika koji istovremeno rade u sustavu javnog zdravstva i kod privatnika može utjecati na dostupnost zdravstvene zaštite građanima, a može dovesti i do mogućeg sukoba interesa, što potvrđuju i pritužbe koje zaprimamo zbog toga što bolnički liječnici svoje pacijente upućuju na liječenje kod privatnika kod kojeg su angažirani. Predlažemo da se jasno propiše tko i po kojim mjerilima procjenjuje moguće poteškoće u organizaciji rada zdravstvene ustanove.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi je specificirana poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove.</p>

695	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 41.</p> <p>U navedenoj odredbi se za dodatni/dopunski rad taksativno navedenih osoba ustrojstvenih jedinica zdravstvenih ustanova, pored mjerila propisanih posebnim pravilnikom, propisuju dodatni uvjeti pod kojima im se može odobriti ili uskratiti/opozvati takav rad (poteškoće u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnost osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka). Ukazujemo da će primjena tih dodatnih kriterija otvarati prostor za selektivnost i diskrecijske ocjene, budući da kriteriji nisu jasno utvrđeni te ispunjavanje istih ne mora ovisiti o isključivo organizacijskih zadaća od strane odgovornih osoba ustrojstvenih jedinica. Predlažemo stoga zadržati trenutni model i propisane uvjete za dodatni/dopunski rad zdravstvenih radnika te u ZZZ ne uvoditi dodatne kriterije koji takav rad otežavaju. Intencija predlagača za dodatnim ograničavanjem mogućnosti dopunskog rada iznenađuje u situaciji kada se istodobno u općem propisu, odnosno u Prijedlogu zakona o izmjenama i dopunama Zakona o radu predviđa dodatna liberalizacija na način da se ukida obveze pribavljanja pisane suglasnosti poslodavca za dopunski rad.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćeno, u odredbi je specificirana poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove.</p>
696	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 41. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 41.</p> <p>Iznimke kojima se omogućava voditeljima u bolnicama da rade privatno nisu definirane. Mjesto voditelja ustrojstvene jedinice je previše odgovorno da se pozornost tih ljudi rasipa na rad drugdje. Ovaj članak treba izbrisati i ostaviti zabranu rada voditeljima na drugim poslovima. Ako žele raditi uvijek se mogu povući sa mjesta voditelja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

697	<p>Miroslav Mađarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 41. Formulacija "samo u slučaju ako to ne uzrokuje poteškoće u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka." u članku 41 je posve arbitrarna. Ako se npr. pregled ne može obaviti u roku od 60 dana ili magnetska rezonanca u roku od 90 dana, a što je sada redovita praksa, onda je to "izvan medicinski prihvatljivog vremena". Prijedlog: dodati stavak 5a: "(5a) Medicinski prihvatljiva vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka će biti definirana pravilnikom za svaki DTP. Smatra se da su nastupile poteškoće i/ili nemogućnost osiguranja medicinski prihvatljivog vremena ukoliko je prosjek čekanja za bilo koji od DTP-ova dulji od 3/4 definiranog medicinski prihvatljivog vremena ili su maksimalna čekanja dulja od 150 %, a sve u trajanju duljem od mjesec dana". Naravno, mogu se definirati i druga mjerila, ali u svakom slučaju ona se ne smiju ostaviti na arbitrarnu odluku upravi zdravstvene ustanove, kao što je to sada predviđeno ovom zakonskom odredbom. OBRAZLOŽENJE: Djelatnici u javnom zdravstvu su u ozbiljnom sukobu interesa koji se očituje i ostvaruje nemarnim ili čak namjernim produljavanjem lista čekanja, do toga da rečeni djelatnici sugeririraju pacijentima da odmah mogu doći na red u porivatnim zdravstvenim ustanovama, uglavno gdje oni sami obavljaju iste DTP-ove. Našalost zbog općeg niske poslovne etike, ovo nije izuzetak, nego vrlo raširena praksa, koja bi se predloženim rješenjem u velikoj mjeri ograničila. OPASKA: U slučaju odbijanja ovog prijedloga, inaprijed najavljujem sustavno praćenje ove negativne pojave iz odnosa privatnog i javnog zdravstva. Ukoliko se objektivno pokaže kako je loše stanje opisano u obrazloženju nastavlja, zakonodavac će biti odgovoran jer nije prihvatio rješenje koje može ublažiti ovaj problem. .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
698	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 41. Kako bi se osiguralo da zdravstveni radnici mogu ostvariti fleksibilnost u radnim odnosima, nužno je u članak ugraditi odredbu o pravu na žalbu/prigovor protiv odluke o neodobranju sklapanja posla iz zdravstvene djelatnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

699	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 42. Člankom 42. uvodi se mogućnost ministra zdravstva da u slučaju poteškoća u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnosti osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka, zatraži od ravnatelja uskratu i opoziv danih odobrenja obavljanja posla iz zdravstvene djelatnosti poslodavca dok te okolnosti traju. Obzirom da je osiguranje medicinski prihvatljivog roka za ostvarivanje zdravstvene zaštite bitan preduvjet učinkovite i dostupne zdravstvene zaštite, kao i učinkovita organizacija rada zdravstvene ustanove, smatramo da je u ovom članku potrebno predvidjeti učinkovitije sankcije u slučaju njihove ugroze zbog dvojnog angažmana liječnika odnosno njihovog rada za vlastiti račun.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
700	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 42. U navedenoj se odredbi utvrđuje kriterij (poteškoće u organizaciji rada zdravstvene ustanove i/ili nemogućnost osiguranja medicinski prihvatljivog vremena za ostvarivanje zdravstvene zaštite pružanjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka) temeljem kojeg je SVIM zdravstvenim radnicima, uključujući i one koji ne obnašaju nikakve organizacijske i druge funkcije u ustanovama, moguće uskratiti i opozvati odobrenja za dodatni/dopunski rad iako ti radnici nemaju nikakvog utjecaja na ispunjenje tog kriterija niti je on ovisan o urednosti izvršavanja radnih obveza. Predlažemo stoga navedenu odredbu brisati odnosno ne uvoditi dodatne kriterije koji ograničavaju ili otežavaju dodatni/dopunski rad.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
701	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 42. Također je potrebno predvidjeti zaštitni žalbeni mehanizam na odluku o povlačenju odobrenja od strane ministra radi sprječavanja arbitriranog proglašenja i donošenja odluke po vlastitom diskrecijskom tumačenju standarda „poteškoće u organizaciji rada zdravstvene ustanove..“</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
702	<p>HANA KALIT NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim

preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

703 **Marinela Dusper**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

704	<p>Šimun Rezo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram da bilo kakvo uvjetovanje mladih liječnika neće donijeti ništa pozitivno hrvatskom zdravstvu. Ovakav program neće dovesti do poboljšanja kvalitete primarne zdravstvene zaštite kako je predstavljeno, čak štoviše smatram da će dovesti do smanjenja kvalitete. Vrlo je upitna teza da mladi liječnik kojeg se uvjetuje na rad u određenoj grani medicine, može dovesti do poboljšanja iste. Prijedlogom da se uvede obveza rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti daje se do znanja kako se studente i mlade liječnike nije uključilo u proces donošenja prijedloga, a isti se direktno tiče upravo njih. I na kraju, kao i velika većina studenata završnih godina, mišljenja sam kako će uvođenje obveze rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dovesti do još većeg odlaska mladih liječnika u inozemstvo. Stoga se problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne bi trebali rješavati putem prisile, već putem različitih stimulacija za mlade liječnike (bolji uvjeti rada, više bodova za specijalizaciju...)</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
705	<p>Matko Zelić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Uz brojne komentare koji su već ostavljeni želim dodati sljedeće. Smatram kako bi zakon ovakvom promjenom bio učinjen nepravednim prema budućim mladim liječnicima, te ne bi bio na korist korisnicima zdravstvenog sustava. Jasno je kako motiv iza ovakvog prijedloga izmjene zakona nije pružanje bolje edukacije mladim liječnicima, već prisiljavanje istih na rad u PZZ-u radi pokušaja rješavanja problema nedovoljnog kapaciteta istog. Plaća bi, pretpostavljam, bila nerazumno niska. Mladog bi se liječnika usporilo u napredovanju. Valja imati na umu kako se radi o muškarcima i ženama koji prelaze ili su već prešli u drugu polovicu trećega desetljeća svoga života – to su ljudi koji imaju potrebu osamostaliti se i osnovati vlastite obitelji, osobito kada je ispunjavanje tih osnovnih ljudskih potreba već odgođeno veoma dugim studijem, a ovakva izmjena zakona dodatno bi to otežala ili, u mnogim slučajevima, učinila nemogućim. Liječnicima koji će ionako raditi u socijaliziranom zdravstvenom sustavu, koji ne funkcionira po principu slobodnog tržišta, koji nije na korist niti zaposlenima niti korisnicima, u kojem njihov rad neće biti adekvatno nagrađen, u kojem ne uživaju jednaka prava kao ljudi koji djeluju unutar slobodnog tržišta, nametno bi se još jedan velik teret na leđa. Ovakav oblik vladanja protivi se dostojanstvu ljudske osobe i ima za želju učiniti od čovjeka puko sredstvo.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

706	<p>Senka Martinović Galijašević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ne bi trebao biti poligon za vježbanje mladim kolegama doktorima medicine. Ordinacije obiteljske medicine pružaju sveobuhvatnu i kontinuiranu zdravstvenu skrb, a specijalisti koji u njima rade obavljaju posao sukladno svojim kompetencijama stečenim tijekom specijalističkog usavršavanja, dakle, primjenjujući isti način omalovažavanja rada jedne specijalističke struke mladi kolege mogu sudjelovati u radu i bilo kojih drugih specijalističkih ordinacija. Predloženo masovno zapošljavanje na razini PZZ je samo prazan, neprihvatljiv, neinovativan i promašen način krpanja rupa u devastiranoj obiteljskoj medicini. Ovakovim prijedlozima predlagatelj umjesto poticanja i osnaživanja temelja zdravstvene zaštite predlaže upravo suprotno, unosi ogromne i neprihvatljive razlike u kvaliteti pružanja zdravstvene zaštite na razini PZZ.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
707	<p>Josipa Antonija Bačić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e.Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2.Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a.lako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b.Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3.Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija

medicinske fakulteta u Republici Hrvatskoj. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

708 **Silvia Milevoj**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

zmanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

709 **Karolina Beg**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno

educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

710	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Članak 43, koji se odnosi na čl.182, "Uvjet od jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije".. Potpuno promašeno! Svaka obaveza dodatan je teret na mlade liječnike, koji ih demotivira i tjera van iz Hrvatske. Niti jedna članica EU nema ovakav oblik uvjetovanog rada nakon završenog studija, postoje samo oblici staža (koji je nepotrebno ukinut u RH), ali ništa nalik ovome. Potpuno krivo „krpanje“ PZZ. Rad u PZZ je vrlo specifičan i odgovoran, ima puno administrativnih dijelova te je izrazito neodgovorno prema pacijentima i liječnicima inzistirati na obaveznom radu. Osim što će kvaliteta usluga pasti nedovoljnom educiranošću mladih liječnika te njihovom stalnom izmjenom po ordinacijama, te što se neće povećati udio liječnika u PZZ (pogotovo ne u kombinaciji s kažnjavanjem), upitno je i adekvatno mentoriranje koje ovim prijedlogom Zakona nije definirano, niti pak imamo dovoljno mentora. Potpuno je degradirajuća i diskriminatorna nedavna izjava ministra Beroša da bi od ovakvog rada bili izuzeti samo najbolji mladi liječnici. A što s drugima? Osim toga, i najboljim studentima nedostaje praktičnog rada pod nadzorom po završetku fakulteta.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
711	<p>Luka Radošević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

zmanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

712 Klara Kuzman

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ovaj prijedlog očito je nadoknađivanje dugogodišnje neorganiziranosti i nepostojanje adekvatnog plana rada PZZ te vodi dodatnom iseljavanju mladih liječnika, padu kvalitete pružanja zdravstvene zaštite (kontinuirana skrb i poznavanje pacijenta temelj su obiteljske medicine i liječenja kroničnih bolesti), povećanom priljevu pacijenata na OHBP, povećanom upućivanju u SKZZ, povećanju lista čekanja na dijagnostičke pretrage i specijalističke preglede, a posljedično i kolapsu već klimavog zdravstvenog sustava. Smatram kako bi svaki liječnik morao proći i rad u PZZ što se može postići ponovnim uvođenjem obaveznog radnog staža prema prijedlogu HLK.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

713 Lovro Rukavina

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi

se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u

ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

714 **MARIJA BRBORA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u

PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

715

Lucija Mađerčić
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e.Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2.Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a.lako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b.Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3.Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4.Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a.Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN

može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b.Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl."

716 Eugen Car

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Smatram kako je prijedlog čl. 43 sasvim pogrešan iz slijedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja te na taj način dodatno ih osposobiti, smatram da ta svrha neće biti ispunjena nametanjem „prisilnog“ rada u PZZu. Sva edukacija trebala bi se obaviti u sklopu sustava visokoga školstva, odnosno u sklopu studija medicine. Svježe diplomirani liječnici trebali bi biti spremni za rad nakon šestogodišnjeg studija. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

osnovne medicine." Ukoliko jedan mladi liječnik smatra da nije spreman za samostalan rad nakon studija, on već po trenutnom sustavu ima priliku ići na rad pod nadzorom (RPN), kojem pristupa iz vlastitog izbora odnosno vlastita motiva, što podiže kvalitetu njegova rada i brzinu stjecanja znanja. Nema potrebe za nametanjem obveznog rada u PZZu, jer po statistici već i sada svi koji se osjećaju nesigurno idu na RPN prije samostalna rada. Dalje, iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve dok se ne nameće kao obveza nego dodatna opcija koji mladi liječnik može odabrati iz vlastitih motiva. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost

izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

717 **JELIZAVETA SULIMANEC**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model

	<p>stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
718	<p>Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Mišljenja smo kako uvjet od jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (u kojoj se zbog kadrovskog deficita prvenstveno misli na obiteljsku medicinu, pedijatriju i ginekologiju, što je višekratno i javno komunicirano), a prije zapošljavanja, nije pravičan niti prema mladim liječnicima, a niti prema zdravstvenom sustavu, pa niti pacijentima. Na ovaj se način sužava mogućnost osobnog izbora mladih liječnika te stvara možebitni odljev ljudi u koje je RH uložila jako puno. Također se određene kategorije zdravstvenih ustanova stavljaju u neravnopravan položaj, a pacijenti će dobiti manje nego što sada imaju. Reforma u ovom dijelu ima puno mogućnosti, na koje su ukazivali i studenti, i fakulteti, stručna i znanstvena javnost, kao i HLK (npr. staž, rad pod nadzorom, reorganizacija fakultetskog obrazovanja i dr.)</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
719	<p>Lara Tomašić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

„Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno

položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

720	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Hrvatska liječnička komora je mišljenja da uvođenje obveze jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao dodatnog uvjeta za dobivanje specijalizacije nije prihvatljivo jer to nije način sustavnog rješavanja kadrovskih potreba primarne zdravstvene zaštite (PZZ). Naime, iz zakonskog prijedloga nije jasno hoće li mladi liječnici raditi samostalno i na taj način "krpati rupe" u kadrovski devastiranoj PZZ-u ili će raditi pod mentorstvom postojećih liječnika u PZZ-u ? Komora smatra da se radi o mjeri koja se uvodi u "pet do 12" za one na koje se odnosi tj. za studente završne godine medicinskih fakulteta, što unosi pravnu i organizacijsku neizvjesnost u planiranje kadrova u zdravstvu, ali i u planiranje osobnih karijera. HLK smatra primjerenim dugoročnim rješenjem povratak obveznog pripravničkog staža, prema novom modelu staža sadržanom u prijedlogu HLK iz 2016. koji predviđa njegovu sljedeću strukturu: 3 mj. PZZ, 3 mj. OHBP, 1 mj. HMP, 1 mj. hitna pedijatrijska služba i 1 mj. rađaonica, uz inkorporiran tečaj naprednog održavanja života (ALS tečaj) te jačanje uloge mentora s dvosmjernim ocjenjivanjem. Tomu bi trebala prethoditi procedura notifikacije prema državama EU, kojom Republika Hrvatska obavještava ostale države članice EU o promjeni regulacije unutar regulirane profesije liječništva. Taj novi model staža odnosio bi se one liječnike koji studij medicine upišu pod tim uvjetima, tj. koji studij medicine upišu nakon uvođenja tog modela staža u Zakon o zdravstvenoj zaštiti. U pogledu planiranog povratka pripravničkog staža HLK predlaže da se administriranje istog kao javna ovlast prebaci s Ministarstva zdravstva na HLK.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
721	<p>Petar Vrabec NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

722 **Tea Smokrović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.”

c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom

jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

723	<p>Mirella Lasić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ovakva izmjena dovodi do devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine. Prisiljom se ništa neće riješiti, osim možda smanjiti broj liječnika u RH. Stimulacija rada, osiguravanje mentorstva (koje će odgovorni obiteljski liječnici zbilja i provoditi budući da su se pokazali zbilja otvoreni prema studentima!) Ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta, što apsolutno nije točno, to može potvrditi i svaki novopečeni liječnik koji je počeo svoj rad u PZZ u OM, 4 godine specijalističkog usavršavanja i iskustva podcjenjujete IZNOVA i IZNOVA. Slažem se s ovim prijedlogom KOHOM-a: Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno “popuni kadrovske rupe”.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
724	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Potpuno promašeno i krivo „krpanje“ primarne zdravstvene zaštite (PZZ). Rad u PZZ je vrlo specifičan, ima iznimnu odgovornost i mnoštvo administrativnih dijelova te je vrlo neodgovorno prema pacijentima i liječnicima inzistirati na obaveznom radu. Osim što će kvaliteta usluga pasti te što se dugoročno neće povećati udio liječnika u PZZ (pogotovo ne u kombinaciji s propisivanjem kazni definiranim Prijedlogom ZOZO), svakako će se povećati želja za radom u drugim državama/sistemima.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

725	<p>ivana šmit NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Članak 43. Stavak 9 HUBOL smatra krajnje neprimjerenim "prisiljavati" mlade liječnike na godinu dana rada u PZZ-u kao uvjetom za stjecanje prava na prijavljivanje na natječaje za bolničke specijalizacije. Jos neprimjerenijim smatramo nedavnu ministrovu izjavu kako će "najbolji liječnici s najviše radova i bodova stečenih kroz fakultet biti u mogućnosti odmah aplicirati za bolničke specijalizacije". Naime, ovakvim pristupom rješavanju kadrovski devastirane PZZ popunjavanjem "rupa" mladim liječnicima je, smatramo mjera koja pripada nekim drugim vremenima koja smo mislili da smo odavno zaboravili. Stav kako "najbolji zaslužuju bolničke specijalizacije" dodatno stvara mišljenje o PZZ_u kao "kažnjeničkoj bojni" za liječnike. Sve ukupno-katastrofa. Umjesto stimulativnih mjera dekreti kao u komunizmu. Strašno. Molimo da se ovaj članak IZBRIŠE te pronađu nove stimulativne mjere za PZZ - PZZ je ipak osnova svakog zdravstvenog sustava u svakoj državi.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
726	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Puna su vam usta primarne i obiteljske, a na TV ste upravo izjavili da ćete u primarnu slati samo loše studente. Jesmo li mi kažnjenička bojna ili na što ste točno mislili??? Je li to gora uvreda za studente ili za obiteljske liječnike i druge primarce? Sramite se. Pročitajte kurikulum specijalizacije obiteljske medicine i raspitajte se barem u drugim europskim zemljama što je to obiteljska medicine, čemu služi i kako i tko u primarnoj radi.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
727	<p>Vladimir Ercegović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

728 **Lucija Jakovac**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom

jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

729	<p>Anton Malbašić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ne slažem se s prijedlogom izmjene Čl. 182. St.1. iz razloga dosad navedenih u drugim komentarima. Volio bih kao srž izdvojiti činjenicu da se na ovaj način u potpunosti zanemaruje potreba za kvalitetnijim studijskim programom kao osnovom za znanje i sigurnost mladih liječnika u vlastito umijeće te uviđanje mogućnosti raznolikog rada u PZZ kao motiva da se njime samostalno i s vlastitom voljom bave. Svrha šestogodišnjeg studija medicine trebala bi biti da mlade studente obučiti za samostalni rad, a ne da ih dovede u situaciju gdje im se za početak karijere još nešto uvjetuje. Posljedice lošeg kurikulumu studija medicine su se po ukidanju pripravničkog staža pokušale kupirati uvođenjem rada pod nadzorom (dalje: RPN), što se pokazalo kao dobra alternativa samostalnom radu za kolegice i kolege koji smatraju da nisu spremni za samostalni rad u polju zdravstvene zaštite. Također, RPN je opcionalan te se u svakom trenutku može dati otkaz ukoliko liječnik/liječnica dobije radno mjesto na željenom specijalističkom usavršavanju. Nadalje, moramo uzeti u obzir kako mnogo novodiplomiranih liječnika već sad ide "trbuhom za kruhom" u inozemstvo, a ne vidim kako bi uvođenje obveze jednogodišnjeg rada u PZZ moglo smanjiti ili čak ne povećati taj negativan trend u RH, upravo zbog sve lošijih uvjeta na tržištu rada. Zaključno, mišljenja sam, kao i većina kolegica i kolega ovdje, da donošenje ove izmjene ne bi toliko odgovaralo na pitanje "U kojoj će zdravstvenoj organizacijskoj jedinici hrvatski novodiplomirani liječnici raditi" koliko "Hoće li hrvatski novodiplomirani liječnici raditi u Hrvatskoj".</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
730	<p>Lucija Jambrosic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu

pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

731 **Jana Mešić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom

specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve dok se ne nameće kao obveza.

732 **BARBARA BOROJEVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ako je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZ kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

izvođenja poroda itd. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. f. Promjene ovakve magnitude ne mogu se uvoditi osobama tj. studentima usred ili još gore

na samom kraju studija jer iziskuju prilagodbe koje nije moguće osmisliti te provesti u tako kratkom vremenskom okviru. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti medicine su upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Promjene ovakve magnitude ne mogu se uvoditi osobama tj. studentima usred ili još gore na samom kraju studija jer iziskuju prilagodbe koje nije moguće osmisliti te provesti u tako kratkom vremenskom okviru. Promjena cijelog sustava bi zahtjevala i promjene u samom programu svih 6 godina studija medicine što bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve dok se ne nameće kao obaveza.

733

Dora Cesarec

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e.

Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

734 **Ante Meić-Sidić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim

nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

735 **Emma Novak**

Prihvaćen

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakom medicinskog fakulteta u Republici

Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

736

Dino Žujić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne

donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

737 **ANA KROLO**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju

mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl

738 **DAVID PRELOŽIČEK**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija

medicines koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

739 **Matej Martinović**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih

istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

740 **MATEJ ŠPANIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.”

c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

741 **Lucija Didović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz svih razloga navedenih u prethodnim komentarima. Kao osoba koja je od početka planirala ostati živjeti i raditi u Hrvatskoj, primjećujem da ova država radi sve samo da bi me ipak otjerala van. Ne mogu vjerovati da uopće postoji mogućnost da nakon 6 godina obrazovanja i financijske ovisnosti o roditeljima ne mogu dobiti priliku osamostaliti se u privatnom, profesionalnom i financijskom smislu sve dok ne odradim godinu dana prisilnog rada u specijalističkom području koje me se inače ne bi niti ticalo, jer se moraju "popuniti rupe" u primarnoj zdravstvenoj skrbi. Ovaj prijedlog zakona nije samo problematičan sam po sebi, već je i odraz cjelokupnog sustava, što svi mi studenti osjećamo i čega nas je najviše strah. Ovaj prijedlog temelji se na iznimno kratkoročno osmišljenim planovima i trenutačnim dobitcima. Garantiram da bi takav program, ako bi se nastavio, DUGOROČNO doveo do iseljavanja mladih liječnika iz države, jer nitko ne želi raditi pod takvim uvjetima. Ovakvo nešto može uvesti samo još veće nepovjerenje i nezadovoljstvo, pogotovo među one koji su na kraju studija i već su svoju budućnost isplanirali (kao odrasli ljudi sa skoro završenim fakultetima). Studentica sam 6. godine i mogu pouzdano reći kako je program fakulteta na ovoj godini apsolutno zakazao. Da je ikome u interesu educirati mlade liječnike, počelo bi se od reforme ove godine studija. Svaki dan sjedim na predavanjima koja su sve samo ne ono što će me pripremiti na moj budući rad, pri čemu me se za svako predavanje proziva po imenu jesam li prisutna. Zbog ovoga, ne samo da samostalno moram organizirati i dogovarati praksu izvan redovnog programa (jer mi fakultet ne pruža dovoljan opseg prakse) već istu često nemam kad ni zakazati zbog (ne)dopuštenih izostanaka na predavanjima na kojima slušam stvari nepovezane s mojim budućim poslom. Dok predmete o javnom zdravstvu slušam uživo i svakodnevno, moduli iz hitne medicine odvijaju se online. I nakon takve kliničke, zadnje godine studija nudi mi se program kojem je baš u interesu educirati me i naučiti, no pritom me drži kao taoca bez licence na plaći nedovoljnoj za samostalni život? Da je ikoga briga za moju edukaciju umjesto ovog zakona bila bi predložena reforma studija. Rad pod nadzorom prisutan je za sve studente koji smatraju da bi im ovakva vrsta dodatne edukacije bila od pomoći, ali rad pod prisilom nije od pomoći nikome, sigurno ne dugoročno. Na kraju, apsolutno podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

742	<p>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Predložemo da se u članku 43. stavku 1. riječi: "osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite" brišu kako bi se otklonila diskriminacija doktora medicine.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
743	<p>Bojana Racki NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema

<p>potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
<p>744 JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Misli sam da smo odmakli od jugoslavenskog modela, da smo potpisali direktivu EU da će svi liječnici u primarnoj biti specijalisti. Zakon uvodi načelo kvalitete, a istodobno donosi prisilu mladim liječnicima da rade u pzz prije specijalizacije. Već vidim da se radi samo o popunjavanju kadrovske rupa. Neke ambulante će svake godine imati novog liječnika. Kvaliteta i kontinuitet skrbi?! Čini mi se da zakonodavac misli da smo svi jako glupi i da nemamo izbora. Osvijestite se vi u MIZ-u i Hzzo-u, zar mislite da se možemo savijati bez pucanja? Ponude mailom i preko Linkedina stižu svaki dan, što je sljedeće, zaplijenit ćete nam putovnice?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>745 Katarina Kutleša NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

prosudivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano

usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

746

Luka Škondrić
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

„Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno

položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

747 **Nika Hobljaj**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

748 **Mirna Strmečki**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika

izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

749 **Mirta Koščak**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno

opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

750 **Katarina Petrović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.

Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima

	akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.	
751	<p>Mateja Perko NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj

je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

752 **DUŠICA ZORICA**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i

područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

753 Iva Pištelek

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih

medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

754 **Mario**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u

ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

755 **SVEA ANUŠIĆ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ □ □ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: □ Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. □ Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). □ Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u

ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. □
Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

756 **ADRIAN JAŽO**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

zmanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

757 ANITA MARIĆ

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog

tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

758 **Nikolina Tomašević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

prosudivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e.Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2.Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a.lako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano

usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

759 **Glorija Sraka**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena.

a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

„Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno

položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

760 **Antonia Lovrenčić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena.

a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna

medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

761 **ANTONELA JURJEVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom

pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

762 **MATIJA RADIZLOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.”

c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već

naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

763 **Sandra Čulap**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom

jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

764	<p>LUKA R NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Nepotrebno nametanje obveze rada u PZZ, postojeći oblik rada pod nadzorom pruža izbor svakome tko se ne osjeća kompetentnim za samostalan rad. Ovakvo obvezivanje na rad u PZZ služi isključivo krpanju nedostatka liječnika u istoj, umjesto da se promijene uvjeti rada koji odbijaju mlade liječnike. Opterećenost birokracijom i "šalterskim" poslovima je ono čega se treba riješiti zapošljavanjem administratora, automatizacijom procesa, a medicinarima dati da se više bave medicinom.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
765	<p>EMILIA KANCIANI NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju

mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

766 **NIKA ŠAŠIĆ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija

medicines koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

767 **ANA ŠKRTIĆ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih

istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

768

**VINKO MICHAEL DODIG
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.**

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

769 **Tea Kržak**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.”

c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom

jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

770 **Marta Hrastic**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim

liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

771 **Janko Večerina**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog

DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene

iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna

	<p> mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
772	<p>LANA BERMANEC NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se

rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

773 Lazarela Cuparić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne

donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

774 **Dora Bedenic**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju

mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

775 **Matija Paris**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija

medicines koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

776 **TEA BANIĆ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih

istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

777 **DORIS ČEOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

778 **STJEPAN SKOK**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom

jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

779 **Loren Serdarević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim

liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

780

Barbara Guštin
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog

DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene

iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna

	<p>mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
781	<p>Matilda Sabljak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Joj! Ovaj prijedlog zakona otvara toliko slojevitih problematiku da je gotovo nemoguće na sve nebuloze upozoriti u jednom komentaru pa ću se potruditi istaknuti barem ove krucijalne, a ostalima ću se baviti ako ikada procijenim da ima smisla baviti se politikom u našoj državi. Imam dojam da naša vlada nikako još nije uspjela otkriti srž problema hrvatskog obrazovanja općenito te se ovakvim zakonom ponovno usmjerava na krivu stranu tog obrazovanja, u ovom slučaju studente medicine. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZ pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Smatram da taj cilj može biti ostvaren isključivo kroz reformiranje već dovoljno dugog školovanja studenata medicine na način da se sva nastava na studiju medicine uisitnu počne provoditi dovoljno kvalitetno i s ciljem da mladi liječnici fakultet završe dovoljno educirani. Naravno, iako mi je suludo što uopće na to trebamo ukazivati, smatram da je nedopustivo da se ovaj zakon odnosi na studente koji su svoj studij započeli pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava bez ovoga zakona. Od svega najtužnije, čini mi se kako ovaj zakon u svojoj osnovi čak ni nema za cilj dodatno educirati mlade liječnike već samo najjeftinije riješiti problem potkapacitiranosti PZZ. Opet nažalost, smatram kako s ovim zakonom ni taj cilj ne bi bio ostvaren već bi nas samo dodatno potaknuo da svoju edukaciju i rad nastavimo u uređenijim državnim sustavima. Nadam se da će netko stvarno pročitati ove komentare i obustaviti uvođenje obveznog staža.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
782	<p>Veronika Gašpar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

783 **Filip Konić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već

naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

784	<p>Sindikat umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U vezi s člankom 43. kojim se propisuju uvjeti odobravanja specijalizacije predlažemo da se razmotre načini poticanja i nagrađivanja doktora medicine koji prije toga određeno vrijeme odrade u ruralnim sredinama, odnosno na otocima te da se tim doktorima medicine da prednost pri odobravanju i izboru vrste specijalizacije. Inače, podržavamo godinu dana prethodne specijalizacije u ambulantama opće prakse.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
785	<p>Ana Mađerić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Uvođenje obaveznog rada u PZZ u trajanju od jedne godine kao uvjet za prijavu za specijalizacije novodiplomiranim liječnicima (osim " dobrim studentima koji imaju objavljene znanstvene radove" po riječima ministra Beroša) vodi u daljnju propast primarne zdravstvene zaštite odnosno konkretno obiteljske medicine. Umjesto da Ministarstvo poduzme mjere (raspisivanje specijalizacija iz OM, izjednačavanje koeficijenta sa bolničkim specijalistima, financijska stimulacija liječnika u OM...) da se obiteljska medicina ojača, Ministarstvo izmjenom ovog članka Zakona želi pokrpati manjak liječničkog kadra u ambulantama obiteljske medicine. Obiteljska medicina je prekompleksna da bi netko bez dana radnog staža i uvida u rad mogao adekvatno skrbiti o pacijentima. Sigurnost pacijenata će neminovno biti narušena! Obiteljska medicina treba postati temelj našeg zdravstvenog sustava. Dobro organizirana obiteljska koju nose specijalisti obiteljske medicine znači manje upućivanja u SKZZ i na taj način i manje troškove za cjelokupni zdravstveni sustav. Očekivati da će netom diplomirani liječnik koji još nije upoznat sa specifičnostima rada u PZZ (adekvatna dijagnostika i njena analiza, propisivanje lijekova ,briga za multimorbiditetne pacijente, palijativna skrb, vođenja bolovanja, HZZO klauzule, propisivanje zdravstvenih njega, vođenja repozitorija, cjepljenja ...) dobro skrbiti o 100-150 pacijenata svakodevno je utopija! Vratite pripravnički staž da se svaki novopečeni liječnik okuša u više grana medicine i neka onda sam odluči u kojoj od njih se vidi. Represijom ćete izazvati bunt i nezadovoljstvo!</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
786	<p>Matea Banić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već

naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

787	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Uređenje sustava specijalizacija i užih specijalizacija na državnoj razini (planiranje i financiranje) – Sukladno kategoriji i akreditaciji ustanove koja iskazuje potrebu. Financiranje specijalizacija na razini primarne zdravstvene zaštite u većini slučajeva je otežano, pogotovo jer su sredstva najčešće za financiranje istih vlastita te po završetku specijalizacije postojeći kadrovi se ne zadržavaju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, najčešće zbog premalih plaća kao i većeg zanimanja za rad u bolnicama te je vrlo teško na taj način planirati kadar, a opet se ponašati pažnjom dobrog gospodarstvenika vezano za upravljanje financijskim sredstvima te smatramo da taj dio treba biti reguliran centralno od strane Ministarstva zdravstva.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
788	<p>Siniša Vlahović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru

Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

789 **Koprivničko-križevačka županija**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Nacionalni program za osnaživanje mladih liječnika (jedna godina rada u PZZ) – mjera koja osim što će osnažiti mlade liječnike i njihovo iskustvo, osnažiti će ujedno i primarnu zdravstvenu zaštitu koja je u kadrovskim problemima, posebice u ruralnim područjima gdje je dolazak mladih liječnika manji i potrebno je puno više vremena za zapošljavanje zdravstvenog kadra, tako da će navedena mjera pridonijeti osnaživanju primarne zdravstvene zaštite, posebice obiteljske medicine koja se već uvelike bori po pitanju kadrovskog rješenja.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

790 **Zoya Jelovecki-Dokic**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

791 **Antonia Milanja**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „, a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim

preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

792 **Petar Meić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja

	znanstvenih publikacija i sl.	
793	<p>Marina Dasović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za bolničku specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha na ovaj način neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, već od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti primjenjive u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZ su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi, netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni približno dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ukoliko on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i povećanjem broja radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ.

c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladih liječnika, sve dok se nikome ne nameće kao OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu, sutra liječniku, sa svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno

	<p>slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara, kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
794	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Suglasna sam i podržavam prijedlog KoHOM-a: Predlaže se da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, pogrešan je s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
795	<p>IVA VERŠNIK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog

tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

796

Jelena Oršolić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće

uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

797

VID UJAKOVIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

zmanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

798 **ANA-MARIJA ŠARUŠIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno

educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljššan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

799 **UDRUGA PRAVNIKA U ZDRAVSTVU
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.**
Obaveza rada liječnika nakon završenog fakulteta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: Postavlja se pitanje što je s radom u bolničkim hitnim prijemima koji obavljaju najveći dio posla ili gdje je konstantan priljev pacijenata, a još uvijek nema dostatan broj liječnika specijalista hitne medicine, odnosno liječnika odgovarajućih specijalnosti, stoga je iznimno teško organizirati rad u navedenoj djelatnosti, a isti se djelomično pokriva liječnicima nakon završetka fakulteta (rad uz nadzor..) čime bi se dodatno otežao rad i pružanje zdravstvene zaštite u navedenoj djelatnosti posebice u prometno izoliranim sredinama. Upravno vijeće je naglasilo značaj ustanove uvažavajući geografsko područje, značenje za braniteljsku populaciju te mogućnost uspostave odjela palijative. Smatramo da je funkcionalna integracija i suradnja ustanova nužna kako bi pomogle jedne drugima, uz zadržavanje pravnih osobnosti.

800 **MARIN CVITIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ**

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje

ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti

specijalizacije.

relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja

	<p>mu/voj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.</p>	
<p>801</p>	<p>Stjepan Smiljanić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model

stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

802 **Filip Grulović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem

spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

803 **MARIJA ČOSIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se

trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

804 **Karla Draženović**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3.

Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

805 **Laura Đurinec**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina,

isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

806 **Magdalena Sikirić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano.

Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

807 **ANA MARIA ANTIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u

svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.

808 **Martin Sikirić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi

se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ.

c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno

	o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja znanstvenih publikacija i sl.	
809	<p>KRISTINA KRSTANOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1) Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je

cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

810 **Lucija Kušević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u

	PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve dok se ne nameće kao obaveza	
811	<p>Eva Perak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Uvođenje obaveznog staža u primarnoj zdravstvenoj zaštiti naštetit će i liječnicima i pacijentima. Glavni razlog uvođenja ovog staža je pokušaj popunjavanja nedostatka liječnika u primarnoj. Ako sada nema dovoljno liječnika, neće biti ni dovoljno mentora te će neiskusni, tek diplomirani liječnici u većini slučajeva biti prisiljeni na potpuno samostalni rad, za koji se mnogi ne osjećaju spremnima. Ovaj staž se pokušava progurati kao dodatna edukacija mladih liječnika, ali u stvari ih se prisiljava na suprotno – godinu dana rada koji neće biti adekvatno nadziran jer jednostavno nema dovoljno liječnika koji bi taj nadzor provodili. Rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti također zahtjeva znanje i edukaciju, isto kao bolničke specijalizacije. Ako želite poboljšati edukaciju i spremnost studenata za rad, provedite reformu šeste godine na kojoj trenutno skoro uopće nema kliničke prakse. Velika nelogičnost je i u tome što će netko tko želi ostati u Hrvatskoj morati odraditi staž, a oni koji će tražiti specijalizaciju vani neće, što će sigurno dovesti do još većeg iseljavanja liječnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
812	<p>TONI BUŠKULIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

<p>zmanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p>	
<p>813 BORNA ŠARIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Svaki liječnik zaslužuje biti slobodan nakon mukotrpnog studija i teško zarađene titule dr. med. Prisila će dovesti do kontraefekta, tj. pojačati ambivalentnost studenata i mladih liječnika prema medicini. Stavak 1. trebao bi ostati nepromijenjen.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>814 DORA PEČINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za

samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

815 **FILIP BREKALO**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1) Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom

specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

816 **Adrijana Tomas**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Dobro jeste li vi normalni? Jasno vam je da je Život na sjeveru samo fikcija i da naši kolege koji tek ulaze u sustav nemaju kompetencije dr.Fleischmana? Jeste li čuli za specijalizaciju obiteljske medicine? Umjesto da stimulirate ljude da dođu raditi na nepopularna radilišta vi ste se dosjetili prisilnom radu? Možemo li isto očekivati i za sve druge djelatnosti? Pa će dipl.ing.elektrotehnike morati odgulliti koju godinu u HEP-u ili dipl.ing.strojarstva u HŽ-u? Možda ih se može poslati i da gule krumpire.. Ispričavam se svim kolegama na neozbiljnosti komentara, ali kakav prijedlog zakona takav komentar. Sretno nam svima bilo.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

817	<p>Suzana Posavčević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Kad sam bila mladi liječnik, imali smo staž u trajanju godine dana i tijekom staža smo se odlučivali u kom dijelu sustava želimo ostati. Onda je fakultet produžen, pa staž ukinut, pa su mladi liječnici mogli raditi pod nadzorom 6 mj(da ih u međuvremenu nije pokupio HZJZ za upisivanje COVID pozitivnih i njihovih kontakata u jedan od disfunkcionalnih registara), a sada se vatrogasnom metodom želi kratkotrajno prikriti veliki deficit obiteljskih liječnika. Kontinuitet skrbi za jadne pacijente je očito nevažan. Svake godine drugi liječnik i još početnik, pa što bude. Ovim ste potpuno omalovažili obiteljsku medicinu, a specijalizaciju da se i ne govori. S druge strane ste nametnuli mladim liječnicima zakonom, a ne kao nekad dekretom, obavezu da moraju raditi u PZZ ako hoće dalje. Tako će njihovo školovanje trajati još malo duže, ali tko o tome brine.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
818	<p>Josip Beneš NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u

	<p>ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p>	
819	<p>Danijel Čolak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Na nedavnoj press konferencij ministar Beroš predstavio je ovu reformu zdravstva, između ostaloga, s jasnim naglaskom da se ista provodi radi jačanja pzz. I bila bi to hvale vrijedna inicijativa našeg ministra, da je izvedba iste bolje osmišljena. Odnosno, kao i mnogi komentatori ovdje, mišljenja sam da je zapravo riječ o jednom kratkoročno neodrživom pokušaju rješavanja trenutnog nedostatka kadra u pzz i to putem mladih, tek diplomiranih liječnika, jer je iste najlakše primorati na takvo nešto. Kažem primorati, jer to je ono što se zapravo radi - nakon šest godina studiranja, evo nas na još jednoj! Ako je cilj ove reforme ojačati pzz, onda je to valda potrebno učiniti na način da se ljude stimulira da izaberu rad u pzz pa time i specijaliziraju u tom sveobuhvatnom području. Ovako ćemo zapravo studirati još godinu dana jer ćemo raditi pod nadzorom doktora opće prakse, makar imali licencu - gdje je tu logika, ne znam? Ne znam ni na koji način će to ojačati pzz kada će svake godine u ordinaciji biti drugi liječnik jer je ovaj odradio svoj jednogodišnji staž i ide dalje. I u ovome se ogleda očita nepromišljenost ove reforme - tko će nama tek diplomiranim liječnicima jamčiti da ćemo svi odmah dobiti mjesto u pzz na cijelu godinu?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
820	<p>Petra Čepić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „, a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ.

821 **Karla Kroflin**

Prihvaćen

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. Postojeći model RPN može biti

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

<p>značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ.</p> <p>822 Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Podržavam mišljenje KOHOMA: "Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe". I još bih dodala da je ova odluka krajnje loša za naše pacijente koji će biti liječeni na primarnoj razini od strane mladih kolega (koje cijenim i vjerujem u njihovo znanje, ali isto tako znam kako sam se ja osjećala nakon fakulteta i nikako si ne bi poželjela radu u nekoj seoskoj ambulanti bez ikakve mogućnosti traženja savjeta i pomoći...) i to vjerojatno svake godine će doći netko drugi...također će se prelijevati još više posla u sekundarnu jer ne možemo očekivati da netko ko je neiskusna, a još k tome i prisiljena na nešto što ne želi raditi radi kvalitetan posao... to jednostavno nije način jačanja primarne...</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>823 Romana Kuzmić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „, a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim

liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

824	<p>Ivan Žokalj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Mišljenja sam kako ova promjena neće unaprijediti kvalitetu zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite osobito u područjima koja već godinama oskudijevaju u liječnicima gdje je teško osigurati nazočnost liječnika/ce specijalista obiteljske medicine cijelo radno vrijeme koji bi mogao pomoći kolegom savjetima i praktičnim primjerima. Uostalom Republika Hrvatska se obvezala kako će zdravstvenu zaštitu u ordinacijama obiteljske/opće medicine provoditi specijalisti obiteljske medicine. Ovo izgleda kao nespreno ad hoc rješenje sa teško sagledivim dugoročnim posljedicama po mlade kolegice i kolege. Potrebno je odgovarajućim podzakonskim aktima reorganizirati 6.godinu studija medicine na način koji bi predviđao smanjenje sati teoretske nastave i povećanje satnice praktične nastave tijekom posljednja 4 semestra na hitnim prijemima kliničkih bolnica i suradnih ustanova (manjih općih bolnica) i rad ordinacijama obiteljske medicine, zavodima za hitnu medicinu kako bi se studente čim kvalitetnije pripremila za početak samostalnog rada.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
825	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Doktor medicine koji je netom završio medicinski fakultet ne može, po mom mišljenju, kvalitetno, a bez prethodne pripreme od strane starijih kolega ili mentora, obavljati djelatnost opće/obiteljske medicine. Ovakvim postupanjem će doći do smanjenja kvalitete pružanja zdravstvene zaštite u PZZ i nezadovoljstva pacijenata.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
826	<p>Jan Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika

izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

827 **Marta Pavić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano.

Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

828 **Martina Đuras**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZ-u kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već

naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

829	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Još jedan članak vjerojatno prepisan iz prijašnjih komunističkih zakona. Predlagatelju je očigledno namjera da nas vrati u ta vremena, i da potjera i ovo malo mladosti koja ima želju raditi u ovoj kaljuži od zdravstvenog sustava. Stoga predlažem da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja sam da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu su obiteljski liječnici konstantno upozoravali te i dalje upozoravaju nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno "popuni kadrovske rupe".</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
830	<p>Nika Senjanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina,

isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

831

**Lorena V
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.**

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno

educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svec osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

832 **PAULA MAVRLJA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine.

b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.”

c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

833 **Ines Žitko**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za

samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

834 **Tony Rumora**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije,

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom

specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

835 **ANDREJ RUBEŠA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna

medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. lako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

836 **VALENTINA KOVAČ ŠESTAN**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

837 **Marko Bilandžija**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

	<p>a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p>	
838	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Predlaže da se konkretno propiše da to bude ordinacija obiteljske medicine, kako bi se mladi liječnici upoznali s načinom funkcioniranja cjelokupnog zdravstvenog sustava. Isto tako nejasno je da li bi liječnici prvu godinu nakon diplomiranja imali kompetencije za samostalan rad ili bi radili isključivo pod nadzorom mentora.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
839	<p>Marko Čolak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ovdje se očito radi o vatrogasnoj mjeri sprječavanja kolapsa primarne zdravstvene zaštite preko oduzimanja slobode tek diplomiranim liječnicima, pacijenti gube mogućnost na kontinuitet zdravstvene zaštite kod jednog liječnika i smanjuje se kvaliteta primarne zdravstvene skrbi.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
840	<p>Marko Čolak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi

se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

841	<p>JADRANKA KOMADINA-GAČIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Čitajući ovaj prijedlog zakona a znajući stvarno stanje u PZZ (obiteljski sam liječnik), bilo bi najbolje ukinuti Obiteljsku medicinu i sve nas zaposliti na hitnoćama i na epidemiologiji</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
842	<p>Stella Sara Worman NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema

potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

843 Jelena Benčić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio.

d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

844 Ivo Vučko

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i

<p>područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p> <p>845 Filip Kovjanic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. To što se dosta liječnika nakon 6 godina fakulteta osjeća nespremno za rad je problem u načinu održavanja nastave, a ne potreba za "produživanjem" fakulteta na 7 godina. Prvo bi se trebalo promijeniti nešto na fakultetu gdje bi nas zapravo pripremili na rad i uveli u procese u bolnici/ambulantni. A ako nakon toga netko nije siguran uvijek ima dostupan rad po nadzorom. Problem loših uvjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i odlazak naših doktora u inozemstvo se neće popraviti prisiljavanjem studenata da rade godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Što je ironično, najvjerojatnije će ovaj članak potaknuti ljude da više odlaze, jer vani mogu odmah na specijalizaciju te imaju i bolje uvjete.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>846 PATRICIJA PROSOLI NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih

<p>847 Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U stavku 1. iza riječi: "diplomskim" dodaju se riječi: "ili preddiplomskim", kako bi Pravilnik o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju prvostupnika sestrinstva u djelatnosti hitne medicine, koji je u postupku e-savjetovanja, bio sukladan zakonskim izmjenama</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>848 JURAJ GJERGJA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna

medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. lako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

849 **KARLO TKALEC**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve

edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

850 **MIA MESIĆ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. Edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). U konačnici se neće donijeti kvalitetna rješenja te da će i nadalje biti pacijent zbog sustava, a ne sustav zbog pacijenta.

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Također smatram da nikako nije korektno da se studentima 5. i 6. godine nameće ova mjera jer nisu bili upoznati s njom prije upisa na studij.

4. Završno, mišljenje sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

851 **DORA PAVLIN**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

852 **MARIJA KATARINA SABLJAK**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.

Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

853 **MIRELA DESKAR**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi

se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

854 **BEATRIČE BOGDANOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje

ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti

specijalizacije.

relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

855

Lucija Strmota
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog

DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Studentica sam 6. godine i ne slažem se s gore navedenim prijedlogom iz sljedećih razloga: 1. Smatram da prisilni jednogodišnji rad u PZZ nije i ne može biti adekvatna zamjena za staž i/ili razvoj vještina studenata koji se trebao oblikovati tijekom studija. Naime, nakon ulaska u EU direktivom je odlučeno uvođenje 6. godine studija kao „kliničke godine“ koja je trebala osigurati studentima rad u kliničkom okruženju kojim bi stjecali sigurnost i vježbali svoje kliničke vještine. Jednostavnim pretraživanjem izvedbenih planova medicinskih fakulteta u Hrvatskoj može se vidjeti da to jednostavno nije slučaj. Zato smatram da bi se reorganizacijom nastave, osobito na posljednjoj godini studija, a još i više povećavanjem kvalitete kliničkih vježbi (koje su, nažalost, bile krajnje manjkave više puta nego što bi to trebalo) na prethodnim godinama studija postigao veći učinak u smislu poboljšavanja osjećaja sigurnosti i spremnosti studenata za rad. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). c. Ovakva „reforma“ zapravo uopće ne zadire u prave probleme u sustavu obiteljske medicine (npr. potrebu za uvođenjem administratora, osiguravanje boljih uvjeta rada i dr.) pa neće dovesti ni do kakve značajnije promjene, nego do dodatnih problema. 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakvih razmjera iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Sudeći prema komentarima kolega, bilo u razgovoru ili čitajući ih ispod prijedloga promjene zakona, bojim se da će, ako se izglasa, ova odluka natjerati veći broj kolega da radno mjesto potraže u inozemstvu što će biti ogroman udarac ionako desetkovanom zdravstvenom sustavu. 5. Smatram da je posebno bezobzirno studentima koji ionako studiraju 6 godina, i to takav studij da malo njih dobije priliku zaposliti se i zaraditi nešto sa strane, nametati praktički još jednu godinu u kojoj će financijski ovisiti o nekome

iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

	(roditelji, skrbnici i dr.) jer predložena naknada ne zadovoljava minimalne financijske potrebe ni u udaljenijim, ruralnim mjestima, a kamoli u većim, urbanim sredinama. Zaključno, smatram da ova promjena ne koristi nikome, ni studentima koji će uskoro biti mladi liječnici, ni kolegama koji se bave obiteljskom medicinom, a ponajmanje pacijentima.	
856	<p>GRGUR SALAI NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Čitajući navedenu predloženu promjenu: "U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite." razvidno je kako je svrha prijedloga prisila mladih liječnika na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kako bi se stihijski "zakrpale" rupe sadašnjeg zdravstvenog sustava. Navedena prisila mladih liječnika diskriminira mlade liječnike u odnosu na vršnjake drugih zanimanja; diskriminira liječnike koji se ne žele specijalizirati u području primarne zdravstvene zaštite (jer im ne dozvoljava prijavljivanje na specijalizaciju godinu dana nakon završetka studija, što ne vrijedi za liječnike koji odmah kreću na specijalizaciju u sklopu PZZ). U medijima i komunikaciji studentima medicine, budućim liječnicima, ovaj se prijedlog pokušava nasilno progurati, pod okriljem nužnosti za daljnjom edukacijom nakon fakultetskog obrazovanja, a ustvari uopće nema smisla: Naime, na temelju prijedloga nije razvidno hoće li liječnici raditi pod mentorstvom u kolima hitne medicinske pomoći te u ordinacijama obiteljske medicine ili će pak samostalno raditi u kolima te ordinacijama (bez nadzora). Nije mi jasno po čemu je specijalizacija unutar PZZ (ne)zavidna te zauzima poseban status unutar pravila oko prijave na specijalizacije. Nadalje, jasno je kako je ovakav prijedlog zakona apsolutno opresivan prema (mladim) liječnicima (i neustavan?). Smatram da će navedena mjera, ukoliko se provede, još više razoriti sustav primarne (a posljedično i sekundarne te tercijarne) zdravstvene zaštite te radi osjećaja prisile produbiti osjećaj beznađa unutar hrvatskog zdravstva te posljedično potaknuti daljnju emigraciju hrvatskog liječništva izvan RH.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
857	<p>Erin Kos NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e.

Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

858

Korina Srpak
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

859 **KATARINA RADAS**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom

pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

860 **LEA ŽUPAN**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim

preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

861

Petra Markuš
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno

opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

862

Ivan Strinić
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „, a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u

svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

863

Nika Kvaternik

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza

studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

864 **Paula Petrić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim

liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

865 **Eva Paponja**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim

nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

866 Klara Profeta

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji

pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

867 **MEGI PAUS
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.**

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine

već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

868 **Siniša Kranjčević**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a.Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b.Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c.lako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja.

e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

869	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ovaj prijedlog vodi iseljavanju mladih liječnika iz RH te padu kvalitete zdravstvene usluge na razini PZZ, pojačanom priljevu pacijenata na OHBP te povećavanju listi čekanja na dijagnostičke pretrage te specijalističke preglede u bolnici</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
870	<p>Bruno Jurić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

871 **Goran Toskić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i

područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

872

Ivan Cepanec

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne

donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

873 **Maria Bara**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz

gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

874 **Lovro Mikulić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema

potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

875 **Dina Jović**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA

876 **Petar Viher**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske

	<p>edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p>	
877	<p>VERONIKA GREGURIĆ RAKIJAŠ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ja vam to nikad nebih odradila. -medicinska sestra Ne možete ljudima u toku školovanja promijeniti trajanje studija kojeg su upisali i još ih prisiliti na rad za mizernu kompenzaciju kao uvjet završetka istog. Također, ne možete nametati i uvjetovati nekome područje na kojem će raditi. Posljedično ćete ostati bez velikog broja liječnika koji imaju više nego dobar razlog zašto NE raditi za ovu državu. Ukoliko želite zadržati ljude koje imate, probajte im dati ponudu koju ne žele odbiti, a ovo nije ništa od toga. Prisiljavanje i uvjetovanje nisu način na koji možete zadržati ljude, a pogotovo ne buduće visokoobrazovane stručnjake za koje smo svi svjesni da mogu raditi i dalje se školovati bilo gdje unutar EU pa i šire.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
878	<p>Josip Radan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

879 ANTEA ZRNČIĆ

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih

istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA

880 Klara Kerić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet

zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

881 Ivan Soldo

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu

pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

882 **Lana Manojlović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

prosudivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano

usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

883

Ivana Horvat

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: »studiju« briše se točka i dodaje se zarez i riječi: »i za doktora medicine uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. , osim za odobravanje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite." Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ako je svrha uvođenja jednogodišnje obveze rada u PZZ-u. kako je nužan uvjet za sudjelovanje u natjecanjima za specijalizaciju omogućiti mladim liječnicima dodatno obrazovanje nakon završetka studija, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, tijekom šestogodišnjeg studija medicine studenti kroz nastavu na fakultetu i kliničkim bazama stječu širok spektar znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka. U Dodatku, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatni kolegij „Temelji medicinskih vještina“ stječu bitne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venske linije, izvođenja kardiopulmonalne reanimacije, poroda i dr. Također, u završnoj godini studija studenti su obavezni dežurati na hitnim prijemima različitih medicinskih struka, pri čemu ponavljaju pojmove usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Uz dežurstva, studenti polažu ispite iz praktičnih modula

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

„Racionalna uporaba lijekova“, „Klinička prosudba“ i „Hitna medicina“, čija je svrha dodatno osposobiti studente za rad u sustavu zdravstva kao doktor medicine. Ilijek. b. Članci 24. i 25. Direktive 2005/36/EC Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. potvrđuju navedene tvrdnje. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem koncepta temeljne medicinske izobrazbe koja uključuje „5.500 sati teorijske i praktične nastave koja se odvija na fakultetu ili pod njegovim nadzorom“, a osigurava da je osoba stekla sljedeće vještine: „adekvatno poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući principe mjerenja bioloških funkcija, vrednovanje znanstveno utvrđenih činjenica i analizu podataka; dovoljno razumijevanje građe, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih ljudi, kao i odnosa između zdravstvenog stanja osobe i njezine fizičke i socijalne okoline; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, što joj daje cjelovitu sliku o psihičkim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskoj reprodukciji; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom“. Članak 25., nadalje, potvrđuje da liječnik sa završenim medicinskim fakultetom uistinu posjeduje sve gore navedene vještine i ima pravo pristupiti specijalističkom usavršavanju: „Za pristup specijalističkom medicinskom obrazovanju potrebno je šestogodišnje studiranje u sklopu završenog i potvrđenog programa izobrazbe iz članka 24. tijekom kojeg je polaznik stekao odgovarajuća znanja iz temelja medicine.“ c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koja pokriva najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene radom u PZZ-u nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim profesijama koje bi mladi liječnik odabrao u svom daljnjem radu. d. Nadalje, mogućnost odabira dodatne edukacije nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku nadziranog rada (RPN), koji omogućava dodatno usavršavanje uz stalni nadzor mentora, a novopečenim liječnicima omogućuje lakši prijelaz iz statusa i obveza studenta za rad u zdravstvenom sustavu kao doktor medicine. RPN je u potpunosti fakultativan, a pohađanje istog temelji se na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što mu daje fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastite karijere nakon završetka studija. e. Zaključno, obrazovni ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZ vrlo su vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje novih je otežano. Također, medicinski interesi mladih liječnika izrazito su heterogeni, što dovodi u pitanje dobrobit ovakvog načina obrazovanja. 2. Obiteljska medicina je zasebna medicinska struka sa svojim planom i programom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi tek diplomirani liječnici dobro obrazovani i posjeduju širok spektar znanja i vještina, to nije ni približno dovoljno da ih se izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit i kontinuirano se usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu

pacijenata, koji prije svega gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koja se kroz nekoliko kliničkih studija pokazala kao neovisni prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ-u). 3. Studenti medicine upisani pod određenim uvjetima, očekivanja i imajući u vidu postojeću regulativu zdravstvenog sustava i poslijediplomski tijek karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakvih razmjera zahtijevaju određene prilagodbe u samom programu za svih 6 godina studija medicine, što se ne može osmisliti i provesti u tako kratkom roku. Tako nešto treba napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru između Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Na kraju, mišljenja sam da je sadašnji RPN sustav, od svih ponuđenih opcija, najprikladnije rješenje za početak karijere i dodatno obrazovanje mladog liječnika ukoliko on to želi. a. Postojeći model RPN moguće je značajno unaprijediti proširenjem kruga ustanova i radnih mjesta u kojima se može izvoditi RPN, čime se povećava broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju da se problem potkapacitiranosti PZZ-a riješi brojem zaposlenih, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi željeno rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro pristupiti rješavanju postojećeg problema kroz model stimuliranja i poboljšanja uvjeta rada svih djelatnika PZZ-a. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu čiji je cilj kvalitetna edukacija i dokvalifikacija mladih liječnika, SVE DOK SE NE NAMETNE KAO OBVEZA.

884 **GORDAN VUKMAN**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet

zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

885 **ANJA ĐURĐEVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim

uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

886 **Lucija hadelan**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene

prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

887 **Višeslav Novak**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da

promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

888 **Katarina Đukić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog

tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

889 **Antonia Lovrenčić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće

uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšан proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

890 **BRUNO BABELI**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva "500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom", a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: "odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim

uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

891 **ELENA ŠKRAPEC**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3.

Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

892 **IVNA TOMAŠ**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor

smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

893 **Jadranka Karuza**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

1. obiteljska medicina je temelj zdravstvenog sustava i mora zbrinjavati 80 posto svih potreba za zdravstvenom zaštitom. To može samo dobro i specifično educiran liječnik- specijalist obiteljske medicine. Ukoliko na ovo mjesto stavite najneiskusnije i s najmanje znanja sustav će se raspasti- bolnice će biti zatrpane pacijentima kojima nije mjesto na sekundarnoj i tercijarnoj razini skrbi. Liste čekanja će se protegnuti u nedogled. I tko će profitirati? Privatne zdravstvene ustanove. Ili je to ono što zapravo ovime i želite postići? 2. obiteljska medicina upravlja čimbenicima rizika za maligne bolesti i kronične nezarazne bolesti. Rano otkrivanje raka, kroničnih nezaraznih bolesti i bolesnik s multimorbiditetom specifičan je djelokrug rada obiteljskog liječnika. To ne može raditi liječnik bez iskustva. Ovakvom daljnjom devastacijom obiteljske medicine bit ćete odgovorni za loše ishode liječenja i povećanu smrtnost hrvatskih građana. 2. mladim liječnicima treba pomoć na ulazu u zdravstveni sustav, a ne prisila. Oni nisu topovsko meso kojim ćete krpati rupe u devastiranoj obiteljskoj medicini. Jer jasno je, neće oni raditi ni pod kakvim nadzorom- to će biti nadzor samo na papiru. A činjenicu da trećina obiteljskih liječnika odlazi u mirovinu u idućih par godina, a specijalizacije ste raspisali na kapaljku zorno nam objašnjava da ćete ovim suludim potezom kojim uništavate mlade liječnike na početku karijere pokušati krpati rupe u sustavu.

894 **Ivan Benčić**

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Prihvaćen

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

LARA PAVLIĆA
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

900 **Mislav Cikoš**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi

se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

901

Ivan Borlinić
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje

ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti

specijalizacije.

relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

902 **Gracia Grabarić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog

DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene

iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA

903 **DORA UČKAR**

Prihvaćen

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

904 **LEON ENC**

Prihvaćen

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

907

Petar Jelić**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.**

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

908

Domenika Jurčić
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razumnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEZA.

909

**TADEJ JEŽEK
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.**

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

910 **VITO TOPOLNJAK**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi

se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

911

NIKOLA KLIKIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje

ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji

specijalizacije.

pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

912 **DRAGO BAKOVIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u

svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

913 **Irena Valek**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju

vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

914 **Katarina Kovač**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom

pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

915 **Dora Herceg**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim

preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

916 **Luka Varmuž**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno

opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBEVEZA.

917 **KRISTIJAN GOLDAŠIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u

svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine opisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

918 **Ana Radišić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza

studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

919 **FRANKA VRTIPRAH**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim

liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

920 **Katarina Prša**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim

nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

921 **ALEN GABRIĆ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji

pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

922 **Dino Žujić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine

već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

923 **AURORA VAREŠKO**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.
 U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i

Prihvaćen
 Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu

edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NIKOME NE NAMEĆE KAO OBVEZA. Smatram da bi svakom studentu svakog medicinskog fakulteta u Republici Hrvatskoj trebala biti pružena potpuno slobodna mogućnost izbora i opredjeljenja za opciju koja mu/joj najviše odgovara kako je već navedeno u ovom komentaru, neovisno o parametrima akademskog uspjeha poput prosjeka ocjena, broja

	znanstvenih publikacija i sl.	
924	<p>Antonija Jurišić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada svez osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje

mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

925 **Marija Bačlija**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj

je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

926 **Marko Vujanović-Kotarščak**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u

PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

927

Tin Trobić

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: “Za pristupanje

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.” c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model

	<p>stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p>	
<p>928</p>	<p>Jakov Markić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju.

b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisлити te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi.

a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije.

b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se

rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

929 **Maja Tomljanović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije.

2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima.

a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ).

3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj.

4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne

donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

930

FRANKA TERZIĆ
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz

gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

931 **Josipa Dropuljić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom”. Članak

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema

potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

932 **LUKA MITAR**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšán proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje,

pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

933 **ANA KAMBER**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i

područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

934

Fran Malnar

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske

edukacije. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

935 **Dominik Sič**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i

područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

936

Domagoj Margeta
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN

može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

937 **Mia Vukosav**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natječajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšan proširivanjem

spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

938 **MARKO STERNAK**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecajima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja; odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model

RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.

939 **Emio Halilović**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“ Ne slažem se s navedenim prijedlogom članka Zakona iz sljedećih razloga: 1. Ukoliko je svrha uvođenja jednogodišnje radne obveze u PZZu kao nužnog uvjeta za sudjelovanje na natjecanjima za specijalizaciju pružiti mladim liječnicima dodatnu edukaciju nakon diplomiranja, smatram da ta svrha neće biti ispunjena. a. Naime, studenti tijekom šestogodišnjeg studija medicine stječu širok raspon znanja i praktičnih vještina iz područja većine medicinskih struka nastavom na Fakultetu i kliničkim bazama. Uz to, od prve godine studija studenti kroz sveobuhvatan kolegij „Temelji liječničkog umijeća“ usvajaju esencijalne komunikacijske kompetencije i ključne kliničke vještine poput postavljanja venskog puta, postupka kardiopulmonalne reanimacije, izvođenja poroda i sl. Također, na završnoj godini studija studenti imaju obvezu odrađivanja dežurstva na hitnim prijemima različitih medicinskih struka tijekom čega ponavljaju koncepte usvojene ranije tijekom akademskog obrazovanja. Osim dežurstava, studenti polažu ispite iz praktičnih modula „Racionalna primjena lijekova“, „Kliničko prosuđivanje“ i „Hitna medicina“ čija je svrha dodatna priprema studenata na rad u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. b. Navedene tvrdnje potvrđuju i članci 24 i 25 Direktive 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. Naime, navedeni se članci bave opisivanjem pojma osnovnog medicinskog osposobljavanja, koje podrazumijeva “5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom”, a osigurava da je osoba stekla iduće vještine: “odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka; dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju; odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom". Članak 25, nadalje, potvrđuje da liječnik s diplomom medicinskog fakulteta uistinu posjeduje sve navedene vještine te ima pravo pristupanja specijalističkom usavršavanju: "Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine." c. Iako je obiteljska medicina jedna od grana medicine koje pokrivaju najširi spektar znanja i vještina, kompetencije stečene tijekom rada u PZZ nisu nužno prenosive niti relevantne u drugim medicinskim strukama za koje bi se u svom daljnjem radu mladi liječnik opredijelio. d. Nadalje, mogućnost opredjeljenja za dodatnu edukaciju nakon stjecanja diplome doktora medicine već postoji u obliku rada pod nadzorom (RPN), koji pruža dodatno usavršavanje pod konstantnim nadzorom mentora te omogućava novodiplomiranim liječnicima lakšu tranziciju iz statusa i obveza studenta prema radu u zdravstvenom sustavu u svojstvu doktora medicine. RPN je potpuno opcionalan te se pohađanje istog temelji na osobnim preferencijama i izboru mladog liječnika, što istom pruža fleksibilnost i praktičnost u oblikovanju vlastitog karijernog puta nakon diplomiranja. e. Zaključno, edukacijski ciljevi predviđeni tijekom jednogodišnjeg rada u PZZu su vrlo vjerojatno već naučeni kroz studij, a stjecanje je novih otežano. Također, medicinski su interesi mladih liječnika izrazito heterogeni što dovodi u pitanje korist ovakve edukacije. 2. Obiteljska je medicina zasebna medicinska struka sa svojim kurikulumom specijalizacije, popisom potrebnih kompetencija za samostalan rad te stručnom literaturom i skupovima. a. Iako su mladi netom diplomirani liječnici kvalitetno educirani te posjeduju širok raspon znanja i vještina, isti nije ni blizu dovoljan da ih izjednači sa specijalistima obiteljske medicine koji su uspješno položili specijalistički ispit te se kontinuirano usavršavaju. b. Takvo razmišljanje ide na štetu pacijenata, koji, prije svega, gube kontinuitet zdravstvene skrbi (koji se kroz više kliničkih istraživanja pokazao kao neovisan prediktor smanjenog mortaliteta i morbiditeta u PZZ). 3. Studenti su medicine upisali studij pod određenim uvjetima, očekivanjima te imajući na umu postojeće uređenje zdravstvenog sustava i postdiplomskog tijeka karijere mladog liječnika. Smatram da promjene ovakve magnitude iziskuju određene prilagodbe u samom programu svih 6 godina studija medicine koje nije moguće osmisliti te provesti u ovako kratkom vremenskom okviru. Tako nešto bi se trebalo napraviti na nacionalnoj razini u dogovoru Ministarstva znanosti i obrazovanja i svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. 4. Završno, mišljenja sam da je trenutni sustav RPN-a među svim predloženim opcijama, najpogodnije rješenje za početak karijere i dodatnu edukaciju

<p>mladog liječnika ako on to želi. a. Postojeći model RPN može biti značajno poboljšana proširivanjem spektra ustanova i radnih mjesta na kojima se RPN može obavljati, time podižući broj dostupnih vrsta i područja medicinske edukacije. b. Nadalje, pozdravljam ideju rješavanja problema potkapacitiranosti PZZ brojem zaposlenika, ali iz gore navedenih razloga smatram da ovaj prijedlog ne donosi traženo rješenje. Naprotiv, bilo bi dobro da se rješavanju tekućeg problema pristupi kroz model stimulacije i poboljšanja uvjeta rada sveg osoblja u PZZ. c. Na kraju, podržavam svaku inicijativu, kojoj je cilj kvalitetna edukacija i dodatno osposobljavanje mladog liječnika, sve DOK SE NE NAMEĆE KAO OBVEZA.</p> <p>940 Leon Palac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Krajnje sam razočaran prijedlogom ovakvog zakona. Činjenica da se u 2022. godini vi spuštate na razinu dekreta i moranja je sramotna za našu državu i samo još jedan način kako ćete mlade liječnike otjerati što dalje iz Hrvatske. Brojni specijalisti obiteljske medicine su se već izjasnili kako im svježe diplomirani liječnici nisu adekvatna pomoć. Dakle od ovoga korist nemaju niti sadašnji liječnici obiteljske medicine, niti budući liječnici, niti pacijenti kojima će biti pružena manje kvalitetna skrb te kojima će svake godine biti dodijeljen novi liječnik obiteljske medicine (čime se uništava smisao obiteljske medicine). Tko onda ima korist od ovakvog zakona? Teško je reći. Ukoliko zaista želite popuniti kadar, pokušajte s poticajima, a ne s kaznama. Prijedlog godine dana obaveznog staža je još nevjerovatniji. Ako mislite da najdulji (šest godina) i "najbolji" fakultet u Hrvatskoj producira ljude nesposobne za samostalan rad, onda reformirajte fakultet, uvedite više prakse tijekom tih šest godina. Krajnje je bezobrazno diplomiranim liječnicima ovako oduzimati licencu i time pravo na samostalan rad. Trenutno postoji opcija Rada pod nadzorom koju mogu odabrati svi mladi liječnici koji se ne smatraju sposobnima za isti. Svi ostali bi u slobodnoj i demokratskoj zemlji morali imati opciju slobodnog odabira budućeg radnog mjesta.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>941 Katarina Oroz NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Obvezivanje mladih liječnika da godinu dana rade u PZZ neadekvatan je pokušaj održavanja iste. Osim što se gubi smisao Obiteljske medicine, mladi bi liječnik pod prisilom obavljao posao specijaliste za koji nije kompetentan. Takva obaveza nije na korist niti pacijentu niti mladom čovjeku koji je prošao šest godina izobrazbe s ciljem i nadanjem da će završetkom fakulteta dobiti diplomu i licencu te slobodan izbor da radi gdje želi. Trenutna opcija Rada pod nadzorom sasvim je adekvatna kao prijelazni korak za mlade liječnike koji se još ne osjećaju kompetentni za samostalan rad. Ukoliko se već želi djelovati na manjak prakse, dobar je pokušaj reorganizacija (barem) šeste godine studija.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

942	<p>Danijela Daus-Šebeđak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Poštovani! Mladi kolege nisu educirani bez specijalizacije i dodatne pomoći raditi samostalno u OM i to će djelovati odbijajuće za rad u obiteljskoj medicini. Ispada kao dekret i moranje, a ne sustavni rad na poboljšanju interesa za rad u OM.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
943	<p>ALEN ŠARIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Upravo ovakav prijedlog i zakon pokazuju koliko zaista naš zdravstveni sustav i ministarstvo nije briga za mlade liječnike, koliko ne poznaju vlastiti sustav i koliko nesposobnih ljudi upravlja našim zdravstvom. Ovakvim prisiljavanjem na rad od godine dana u PZZ je samo krpanje nedostatka liječnika u PZZ pod izlikom nekog mentoriranja, bolje pripreme za budući rad i slično. Godina dana prisilnog rada, u tko zna kakvim uvjetima, pod tko zna kakvim mentorstvom i za kakve mizerne novce će samo natjerati još veći broj ljudi da napusti ovu državu i sve one koji su bili između toga da otiđu ili ostanu će uvjeriti da je napuštanje ovog jadnog sustava jedino ispravno rješenje jer nažalost nitko od onih koji bi trebali unaprijeđivati ovaj sustav ne mari niti za liječnike, niti za pacijente, niti za naše zdravstvo već samo gledaju kako sebi ugrabiti što više novca i uhljebiti što je više moguće. Molim vas donesite bar jednu pametnu odluku i prekrižite ovaj zakon.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
944	<p>Maja Vrbicic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram da je u najmanju ruku neozbiljno i izrazito nepošteno promijeniti zakon na takav način da se automatski primjenjuje na aktualnu generaciju studenata viših godina koji su, možda, već u ovom trenutku imali isplaniran svoj život u narednih godinu dana. Trenutne opcije zaposlenja pokrivaju i samostalan rad i rad pod nadzorom, dok bi forsiranje jednogodišnjeg staža oduzelo svaki izbor te, ponavljam, nekome direktno značajno interferiralo sa životom. Samo iskustvo staža moglo bi i trebalo bi se steći na stotinama predviđenih radnih sati na kliničkim rotacijama na šestoj godini fakulteta, a svaka dodatna željena (i često potrebna) sigurnost u samostalnom radu, može se steći na Radu pod nadzorom - koji je upravo takav, pod nadzorom te negira tezu da su studenti "bačeni u vatru". Uslijed navedenog, nadam se da donošenje i implementacija ovako velike odluke neće biti impulzivno i dovesti do značajnog broja "kolateralnih žrtava" nekvalitetno i prebrzo uspostavljenog sustava obaveznog staža.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

945	<p>MONIKA HIRTZ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Teško je naći riječi koje će opisati nezadovoljstvo i razočaranje ovim prijedlogom, a da ga kolege nisu već naveli. Navest ću stoga osobno iskustvo: radila sam u vanbolničkoj hitnoj, obiteljskoj medicini i školskoj medicini prije početka specijalizacije iz školske medicine. I tada sam znala da mnogo toga ne znam, ali tek sad uviđam koliko je loše (za liječnika i pacijenta) raditi posao specijalista, a bez nadzora ili završene specijalizacije. Iskreno se nadam da nećete ignorirati sve ove komentare te da ćete odustati od godinu dana obveznog rada u PZZ.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
946	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram da je potpuno pogrešno prisilno tjerati mlade liječnike da imaju jednu godinu radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zamislite da u jednoj ordinaciji svake godine bude drugi liječnik pošto je onaj prethodni odradio godinu dana i otišao na specijalizaciju. Niti je obiteljska medicina nešto što se može naučiti za godinu dana. Popunjavanje rupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba učiniti tako da plaće budu stimulativne, da se ponudi dodatni novčani bonus od strane regionalne jedinice (grad, županija), da se ponudi rješavanje stambenog pitanja i slično. Prisila će još više unazaditi primarnu zdravstvenu zaštitu.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
947	<p>KORNELIJA FRANC NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ja se zaista slažem sa svim navedenim što su kolege i kolegice već rekli i pojasnili i pametnoj osobi bi ovo sve komentirano trebalo biti dosta, puno i previše. Žao mi je što ranije niste planirali rješavanje problema i obaveza u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pa klasično kod nas preko noći se izrodi ovako idealno suludo rješenje i svi problemi su perfektno riješeni. Iz tog lošeg i aljkavog dugodišnjeg nerada Vas mi nećemo , ne želimo i ne moramo spašavati. Svima nam je dosta da se uvijek štedi na našoj struci i nažalost sustav zdravstva još uvijek funkcionira jel naši divni i krasni liječnici i kolege volontiraju i ostaju mimo svojih smjena što im isto ponekad nije plaćeno... Mi uvijek trebamo imati obzira, razumijevanja, tolerancije i biti uvijek tu za sve, ali nećemo ne želimo i ne moramo trpiti Vaš nerad, neorganiziranost i nesposobnosti. Nadam se da ćete biti spremni se nositi s posljedicama prisilnog, nesvrshodnog donošenja ishitrenih i besramnih odluka. Moj topli savjet je da ekipa moja krenete napokon raditi to svakako promišljenije, pametnije, da manje predlažete i odmah će sve će biti bolje. Ukoliko budemo bili prisiljeni mi znamo i za onu uzrečicu : "Kud koji mili moji!"</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

<p>948</p>	<p>Adrian Sallabi NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram kako je pokušaj uvođenja obveze rada u pzz tek završenim doktorima medicine vrlo neodgovorna i opasna odluka kojom se na štetu umjesto na korist mladih liječnika i pacijenata pokušavaju riješiti problemi nedostatka kadra u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Dobiva se dojam da se mlade liječnike želi koristiti kao jeftinu radnu snagu kako bi se nadoknadio manjak kadra. Mladi liječnici stoga gube motivaciju za ostankom u zemlji koja s njima postupa kao s privatnim vlasništvom i koja daje ultimatum, da ukoliko mladi liječnik želi ostati u svojoj zemlji na specijalizaciji MORA odraditi godinu dana u pzz. Nakon 6. godina vrlo zahtjevnog fakulteta kada se mladi liječnik nada ekonomski i društveno osamostaliti, vlada nameće obvezu rada u financijski neprihvatljivim uvjetima efektivno produžujući studij na 7. godina. Mi studenti medicine koji često puni entuzijazma i želje za izvrsnosti krenemo studirati medicinu, u tom našem nastojanju bivamo brzo i efikasno demotivirani. Nažalost u Hrvatskoj želja za izvrsnosti nije nešto što se vrednuje, naprotiv, ona je nešto što se kažnjava i iskorištava. Kažnjeni smo što smo izabrali biti liječnici. Kažnjeni smo što smo izabrali studirati 6. godina. Kažnjeni smo što nismo izabrali struku koja se vrednuje, a mogli smo. Danas smo kao mladi i sposobni ljudi dovoljno informirani da vidimo da postoje zemlje koje nisu kao ova, one u kojoj se prepoznaje trud, marljivost i izvrsnost. Danas mi imamo opciju otići u zemlju u kojoj se naš rad i trud vrednuje. Hvala Vam što nam ovakvim postupcima moralno olakšavate takvu odluku.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>949</p>	<p>Mario Rumora NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram da ovakva odluka neće nikome biti od koristi. Očigledno je da ministarstvo želi na teret studenata ispraviti problem manjka ljudi u PZZ-u. Umjesto da se mlade ljude stimulira da ostanu raditi u Hrvatskoj (nakon što je država već uložila sredstva u naše obrazovanje) pokušava ih se zadržati pod prisilom. To će ubuduće zasigurno mnoge pa tako i mene samo odgurnuti još jedan korak dalje od doma, da odemo van raditi i liječiti druge ljude (i samim time problem samo produbiti)...Žalosno je kako ljudi kreću na medicinske fakultete puni entuzijazma i volje, da bi ih s vremenom sustav postupno obeshrabriovao i sada s ovim novim potezom im dao pljusku u lice nakon 6 godina žrtvovanja dodavanjem prisilne sedme godine pod tko zna kakvim uvjetima...</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

950	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno “popuni kadrovske rupe”.</p>	<p>Prihvaćen</p> <p>Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
-----	--	---

951	<p>Vinko Beg NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Student sam 6. godine Medicinskog fakulteta u Rijeci i smatram da je uvođenje obaveznog jednogodišnjeg rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao uvjet za dobivanje specijalizacije krajnje bezobrazno i kriminalno. Situacija u našem divnom i nadasve nimalo organiziranom zdravstvenom sustavu je ionako već vrlo teška, a ovo uvođenje obaveznog rada u duljini jedne cijele godine dodatno bi otežalo život i demotiviralo većinu nas mladih budućih liječnika da svojim radom i trudom pokušamo popraviti trenutno stanje u zdravstvu. Mnogi od nas imaju planove za budućnost, diploma bi nam trebala biti u rukama za svega nekoliko mjeseci i ova izmjena zakona donešena u zadnji tren poremetila bi nam sve. Smatram da su trenutne opcije koje za nas postoje sasvim dovoljne i adekvatne jer svatko može slobodno i za sebe odabrati svoj put u profesionalnoj karijeri. Ovakvoj tiraniji i obvezivanju nema mjesta u 21. stoljeću, u modernoj zdravstvenoj zaštiti, u kojoj bi prije svega na prvom mjestu trebali biti pacijenti. Stoga Vas pitam, kakva će biti kvaliteta zdravlja pacijenata ako ih liječe liječnici koji nisu svojom voljom na određenom radnom mjestu, koji su natjerani da u duljini cijele jedne kalendarske godine budu tamo gdje nimalo nisu htjeli? Dok su istovremeno vrata drugih zdravstvenih sustava diljem Europe širom otvorena za sve nas mlade liječnike gdje bi radili ono šta zaista želimo bez obvezujućih i tiranskih ugovora i neljudskih zakona? Ukoliko je cilj ovog zakona potaknuti još veći val iseljavanja mladih i sposobnih liječnika onda samo naprijed, svoj ćete cilj svakako ispuniti!</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
952	<p>Stela Marković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Kao studentica 6. godine oštro se protivim implementiranju članka 43. u novi zakon. Na razini svakog dijela zdravstvenog sustava ja ne vidim razinu na kojoj je ovaj zakon dobar ili će bar dovesti do boljih promjena, naprotiv ovo bi vodilo u potpuno krivom smjeru. Sustav treba mijenjati iz temelja, a to kreće na medicinskom fakultetu, od prve godine, a ne od oduzimanja mogućnosti odabira smjera života nakon 6 godina studija.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
953	<p>Darian Sergio NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Mišljenja sam da članak 43. ovog nacrtu prijedloga stavlja u nepovoljnu situaciju sve trenutne i buduće studente medicine. Ponajviše iz razloga što se ograničava sloboda tek diplomiranog doktora medicine time što još godinu dana ne ispunjava uvjete za prijavu na natječaj za specijalizaciju, osim za specijalizacije PPZ-a.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

954	<p>Martin Čemerin NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Uvođenje prisilnog rada u PZZ nakon završetka fakulteta je mjera koja je kontraproduktivna te izaziva ništa drugo no nezadovoljstvo mladih liječnika te liječnika obiteljske medicine. Kao student 6. godine protivim se uvođenju takvog zakona koji sputava mlade liječnike u ostvarivanju ambicija u domenama medicine koje ih uistinu zanimaju pod krinkom edukacije koja se odvija kroz godinu dana iako je sam studij trajao 6 godina. Ako se stvari žele ispraviti, smatram da je prvi korak reforma našeg studija koji bi trebao nastavu na 6.godini prilagoditi na način da studenti sa fakulteta izlaze spremni za rad te da su u mogućnosti ispuniti sve što se od njih očekuje. Rad pod nadzorom, kao trenutna mjera, omogućuje mladim liječnicima da se svojevrijedno educiraju ukoliko misle da nisu spremni za rad.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
955	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Prisila rada u PZZ nakon završenog fakulteta samo će biti kontraproduktivno za mlade liječnike i za pacijente. Mladi nemaju iskustva i potreban im je rad pod nadzorom kao što je dosada bilo pa neka i ostane tako. Priljev pacijenata prema bolnicama će biti veći jer će mladi zbog svoje nesigurnosti, logično, slati na bespotrebne pretrage i preglede i zatrpavati SKZ. Ovim se samo žele krpiti rupe u devastiranoj PZZ i stvaranje još većeg animoziteta prema njoj kao i degradacija specijalizacije obiteljske medicine. Dozvolite da mladi sami odluče kojim će putem krenuti ovisno koliko se spremno osjećaju započeti raditi sami ili uz nadzor.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

956

Marko Lovrić**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.**

Kao student 6. godine medicine smatram da uvođenje obaveznog rada u PZZ neće pokrpati rupe u primarnoj. Uvođenjem svih novodiplomiranih neiskusnih doktora medicine u slobodne ambulante PZZ stvaramo dodatno opterećenje na sekundarne i tercijarne ustanove. Većina novodiplomiranih liječnika neće moći sama razlučiti kojem pacijentu je potrebna daljnja obrada te vodeći se obrambenim stavom prosljediti će sve nedoumice na više razine zdravstvene skrbi i time stvarati još veće redove u OB-ima i KBC-ovima. Nepotrebni pregledi će zasuti potrebne, a time najviše pate pacijenti. Smatram da bi novodiplomiranim liječnicima trebalo dati mogućnost odabira, nikako "uvjetovanje" rada. Netko tko je spreman samostalno raditi nakon diplomiranja ima izbor raditi samostalno, netko tko nije spreman ima mogućnost steći dodatna znanja na radu pod nadzorom narednih 6 mjeseci. Smatram da dosadašnji način odabira nakon diplomiranja iako nesavršen, sigurno je bolje rješenje za buduće liječnike od ovog pokušaja obaveznog rada. Izglasavanjem obveze rada u PZZ stvorit će se još veća averzija prema našem zdravstvenom sustavu i doći će do odljeva još većeg broja mladih kolega u inozemstvo.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

957 **Viliam Tomljenović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Uvođenje obaveznog staža još je jedan u nizu sramotnih pokušaja devalorizacije medicinske struke. Prisila na staž, kojom Ministarstvo pokušava pokrpati problem primarne zdravstvene zaštite, sramotna je i bezobrazna. To, istini za volju, nije neka novost. Na sramotu i bezobrazluk u ovoj smo se zemlji imali vremena naviknuti. Medicinski fakultet, koji traje šest godina, i bez staža je jedan od najtežih, najzahtjevnijih i najduljih fakulteta u zemlji. Ovim sramotnim postupkom, studij se efektivno produžuje na sedam godina. Naivan, a možda i priglup, pitat će se: "Kako to?". Evo kako. Bez obavljenog staža nema specijalizacije. Specijalizacija je, bez ikakve nedoumice, finalni cilj većine kolega koji imaju želju baviti se praktičnim medicinskim radom. Čujemo ovih dana kako je svrha staža EDUKACIJA mladih liječnika s ciljem stjecanja vještina potrebnih za samostalan rad. Sasvim je jasno da je to potpuna laž. Početna ideja bila je da će studenti za licencu morati odraditi dvanaest mjeseci u hitnoj službi, ambulanti obiteljske medicine ili javnozdravstvenom sektoru. Kada su se studenti pobunili, nadležno Ministarstvo dosjetilo se idealne ideje. Promijenimo omot, sadržaj neka ostane isti. Ministarstvo sada kaže da će studenti licencu dobiti odmah po završetku fakulteta. Za specijalizaciju će im, s druge strane, biti potrebna godina dana staža. Drugim riječima, mladim će se liječnicima u ruke dati pečat i pod punom će odgovornošću robovati u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u periodu od dvanaest mjeseci da bi uopće mogli prijaviti se na natječaj za željenu specijalizaciju. I svrha toga je edukacija? Logički um nameće sasvim drugačiji zaključak. Svrha ove sramote nema veze s edukacijom. Da budemo iskreni, nema veze ni sa zdravom pameti. Ipak, ima veze s nečim drugim. Ima veze s besramnim pokušajem dokidanja slobode kretanja i zaposlenja, prava koje ova zemlja medicinskoj struci na raznorazne načine već desetljećima dokida. Ova pseudoreforma za rezultat će svakako imati jednu vrlo efektivnu posljedicu. Oni koji su se do sada premišljali o tome treba li ostati ili otići, svakako će puno lakše donijeti konačnu odluku. Ako je itko imao nikakve nedoumice o pakiranju kofera i odlasku iz Hrvatske, Ministarstvo mu je ovom famoznom idejom riješilo sve nedoumice. Pitam se ponekad, jesu li oni koji dolaze na ideje ovakvog kalibra toga svjesni? Rade li to iz proračunatosti i zlobe ili pukog nedostatka intelektualnih sposobnosti? Odgovor na to pitanje i nije toliko važan. Važna je jedna sramota kojoj svjedočimo. Sramota kojoj se ne nazire kraj.

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

958	<p>Sabina Obradović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ako se želi zadržati mlade liječnike u zemlji, pogotovo pokušati zadržati liječnike u obiteljskoj medicini, potrebno je ponuditi specijalizacije odmah, osigurati bolje uvjete rada, veću plaću, smanjiti administrativni dio kojima se mi obiteljski liječnici bavimo previše i osigurati da napokon radimo ono što je naš posao.,</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
959	<p>Vedran Kovacic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. U članku 43. koji uređuje specijalističko usavršavanje, potrebno je dodati još jedan stavak kojim se uređuje centralna kontrola prijema na specijalizaciju. Naime, često se događa kako doktor medicine koji dobije specijalizaciju u jednoj bolnici, nakon nekog vremena provedenog na specijalizaciji pokušava dobiti neku drugu specijalizaciju tako da se javi na natječaj u nekoj drugoj bolnici, ili čak u istoj bolnici. Time onemogućava druge zainteresirane kandidate da se natječu (zapravo konzumira dvije specijalizacije). Dodatnim stavkom u ovom članku potrebno je zakonski ograničiti specijalizanta koji već obavlja specijalizaciju u ustanovi čiji je osnivač RH da tijekom obavljanja specijalističkog staža konkurira na nekom drugom natječaju u drugoj državnoj ustanovi ili istoj ustanovi. Specijalizantu se može dopustiti natjecanje za drugu specijalizaciju tek ukoliko više nije u radnom odnosu sa ustanovom čiji je osnivač RH i to nakon najmanje 6 mjeseci od prekida radnog odnosa sa ustanovom gdje je započeo specijalizaciju. S poštovanjem, izv.prof.dr.sc. Vedran Kovačić, dr.med. specijalist opće interne medicine, uži specijalist nefrologije, uži specijalist intenzivne medicine, specijalist hitne medicine Zavod za hitnu i intenzivnu medicinu te kliničku farmakologiju s toksikologijom Klinike za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Split Glavni mentor KBC Split za specijalizaciju iz hitne medicine Glavni mentor KBC Split za specijalizaciju iz opće interne medicine</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

960	<p>STJEPAN IŠTVANIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Članak 43. prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti je neprihvatljiv i diskriminatoran. Ovdje se radi o uvođenju dodatne 7. godine studija studentima koji su pred završetkom studiranja, prije odabira specijalizacije. Ukoliko je cilj ovog prijedloga bio stjecanje praktičnih iskustava i znanja mladih liječnika (a ne krpanje rupa zbog nedostatka liječnika u PZZ), onda se tomu trebalo pristupiti na 6. godini studija (kao u ostalim zemljama EU), a ne na ovakav represivan način dovoditi mlade liječnike koji se žele baviti nekom drugom granom medicine (koja nije PZZ) u diskriminirajući (nepovoljniji) položaj od onih koji se tom granom medicine žele baviti, nakon dugih 6 godina studiranja. Uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prije dobivanja specijalizacije nema nikakvog smisla, osim ako se ne radi o dobivanju specijalizacije upravo u PZZ. Organizacija rada na ovakav način nije prihvatljiva niti za pacijente. Dovodi se u pitanje kvaliteta i kontinuitet skrbi za pacijenta. Nepovoljan položaj mlade liječnike će, ukoliko se ova izmjena usvoji, "gurnuti" u slobodno tržište rada i bolje uvijete u EU. Također, ovakva izmjena utjecat će na smanjenje zainteresiranosti za studij medicine kod budućih generacija. Navedeni članak 43. potrebno je u cijelosti brisati.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
961	<p>Karlo Feus NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram cinjenicu da ce mog lijecnika mijenjati tek diplomirani lijecnik bez iskustva zabrinjavajucom. Mislim da je vazno da se lijecnici sami odlucuju na rad u PZZu jer ni ja ne zelim da me lijeci osoba koja je tamo pod svojevrskom prisilom niti bi se kao pacijent osjecao dobro u takvoj situaciji. Ovim zakonom ispastaju i pacijenti i lijecnici a nama pacijentima se srozava kvaliteta zdravstvene skrbi. Mora postojati bolji nacin za rjesavanje problema.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
962	<p>VLATKA PLEH NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram da je zapošljavanje tek završenih liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (pretpostavljam prvenstveno u obiteljskoj medicini) kontraproduktivno u smislu "jačanja" PZZ . Iako sa velikim znanjem tek završeni liječnici nemaju dovoljno iskustva za samostalan rad što će dovesti do smanjenja kvalitete skrbi za pacijente tih ordinacija, a ujedno će dovesti do dodatnog opterećenja bolničkog sustava i hitnih bolničkih prijema. Obiteljsku medicinu treba učini atraktivnu mladim liječnicima, a prislinim radom mladih liječnika to nikako nećemo postići. Specijalizacije , edukacije, vrednovanje rezultata rada, adekvatna plaća su načini privlačenja zdravstvenih kadrova u primarnu zdravstvenu zaštitu.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

963	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Što se planira dobiti uvođenjem obveze jednogodišnjeg rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti? Jedino i isključivo privremeno krpanje rupa... ali metoda je potpuno promašena! Već je postojao ovakav model u prošlosti i da je bio dobar zasigurno ne bi bio napušten. Ovo će svakako rezultirati povećanim iseljavanjem mladih liječnika iz Hrvatske, jer ponuda sa Zapada doista ne manjka... a Hrvatska kao da se dodatno trudi potaknuti mlade liječnike na odlazak. Mlade liječnike treba motivirati za rad u PZZ, a ne ih na to prisiljavati. Treba im ponuditi veće plaće (uz dodatno sufinanciranje plaće od strane jedinica lokalne/regionalne samouprave), stambeno zbrinjavanje, porezna rasterećenja i sl.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
964	<p>Sandra Bla NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Kada je ikakav oblik prisile ikoga, ikada, u konačnici rezultirao pozitivnim ishodom prije nego negativnim? Studij medicine s razlogom traje najdulje - 6 godina. Dodavanje nepotrebne "7 godine" neće rezultirati ničime nego poticajem mladih liječnika za traženjem posla i specijalizacija negdje vani - gdje te prije toga neće ucjenjivati gubljenjem godine života i rada za to. Svaki mladi liječnik koji se ne osjeća još spremnim za samostalni rad ili se još možda nije odlučio na specijalizaciju može apsolutno SAMOSTALNO donijeti odluku u tome što želi nakon svojih 6 godina obrazovanja i zato nema apsolutno nikakve potrebe za donošenjem ove odluke. Nije zadaća mladih liječnika da "zakrpavaju" nedostatke našeg Zdravstva - za to postoje oni na pozicijama i na njima je da pronađu rješenje, ali ako je njihov jedini način ovaj, budemo svi za Irsku dan nakon diplome.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
965	<p>Ivana Vidinović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ovakav prijedlog zakona dovesti će do odljeva mladih liječnika iz zemlje. Prisila sigurno nije način da se nekoga motivira i zadrži. Ako se žele popuniti praznine u ambulantama obiteljske medicine, treba ponuditi odmah specijalizacije i bolje uvjete za rad u obiteljskoj medicini - u prvom redu visoke plaće te administrativni posao neka radi administrator, a ne liječnik koji se za to nije školovao; jedino se na taj način mogu motivirati mladi liječnici za dolazak i ostanak u obiteljskoj medicini.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

966	<p>Jakov Lonić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Potičem nadležne da pročitaju komentare kolega koji su već predivno izložili probleme zakona i posljedica do kojih može dovesti. Moje kratko mišljenje je da bi se država trebala usredotočiti na poboljšanje kvalitete kliničke prakse unutar već postojećih 6 godina studija umjesto nametanja 7. robovlasničke godine. Kroz sate provedene razgovarajući s brojnim kolegama proteklih 5 godina sa sigurnošću tvrdim kako postoji ogromna želja mladih prema životu i radu u Hrvatskoj. Ne tjerajte nas na odlazak, nadali smo se da su ti dani iza nas. Jakov Lonić, student 5. godine medicine u Zagrebu</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
967	<p>tamarra NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. S obzirom da su za studente dosad uvijek vrijedile zakonske regulative koju se bile na snazi pri njihovom upisu na fakultet (pa tako npr. dr. med. koji je fakultet upisao 2010., završio 2016., ali se od diplome do danas nije bavio medicinom, ukoliko to ipak odluči i sada u 2022. mora naknadno obaviti pripravnički staž u trajanju 6 mjeseci te položiti stručni ispit da bi dobio licencu (odobrenje za samostalan rad), budući da su u vrijeme njegova upisa na fakultet takva bila pravila igre. Po tom pitanju, tj. koga će zahvatiti ove promjene ukoliko se ev. izglasaju, ništa se mijenjati neće. Ne treba brkati licencu (koja se od generacije upisane 2013. pa nadalje svakako dobiva automatski po završetku fakulteta, promjena po tom pitanju nigdje nije predložena) i sada predloženi uvjet 1 godine RADNOG staža (ne pripravničkog staža / neplaćenog rada / rada bez licence / volontiranja) u PZZ koji je potrebno zadovoljiti za specijalizaciju na SKZZ (!), po ovom prijedlogu. Mentor koji se spominje u tekstu prijedloga zakona je mentor specijalizanta, budući da se cijeli članak prijedloga zakona upravo na to i odnosi. Trenutno u RH imamo vrlo šaroliku situaciju po pitanju tek diplomiranih dr. med., a program nastave se mijenjao mizerno ili nikako pa tako i njihove kompetencije s kojima izlaze s fakulteta. Dio studenata upisanih na fakultet nakon ulaska u EU (7.mj. 2013.) koji nema šestomjesečni pripravnički staž i obvezu polaganja stručnog ispita, već direktno nakon završetka fakulteta dobivaju licencu i kreću na rad pod nadzorom / specijalizacije / samostalan rad u PZZ (hitnoj / OHBP / obiteljska); zatim imamo one koji zbog zaostatka u studiranju ili drugih okolnosti s obzirom na godinu upisa i dalje imaju obvezan pripravnički staž (u trajanju 6 mjeseci - što od PZZ uključuje 4 tjedna rada u obiteljskoj medicini, 2 tjedna na hitnoj te još kirurgiju, pedijatriju, ginekologiju i internu; ili čak pripravnički staž u ukupnom trajanju 12 mjeseci za ranije upisane); te sad u slučaju usvajanja ovog prijedloga na scenu stupa nova vrsta mladih dr. med. - i nova nejednakost i razdor među njima: zaduženja, odgovornost i radno vrijeme isti ili slični u obje postojeće vrste radnog odnosa, a u slučaju novog</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

prijedloga odgovornost raste. Trenutno već postoji nemala razlika u plaći (RPN veća plaća s obzirom da se radi s licencom) te razlika u bodovanju radnog iskustva pri prijavi na natječaj za specijalizaciju: pripravnički staž upisanih na med. fakultete prije 2013. (0 bodova) u odnosu na RPN (dodjeljuju se bodovi)... Upitno je što je s budućim specijalizantima pedijatrije i ginekologije za potrebe DZ koji specijaliziraju da bi djelatnost obavljali na primarnoj razini (primarni ginekolog i pedijatar) ili specijalizanti hitne medicine za potrebe županijskih zavoda hitne medicine u odnosu na iste specijalizante koji specijaliziraju za bolnicu? Na stranu činjenica što će većinu specijalizacije po programu ionako obavljati u bolnicama te ih po završetku iste nitko (osim poslodavca i robovlasničkog ugovora) ne može spriječiti da se u konačnici i zaposle u bolničkom sustavu - vrijedi li za njih obveza jednogodišnjeg rada u PZZ prije specijalizacije ili ipak ne budući da se radi o specijalizaciji na primarnoj razini? Sve ili ništa, ili uvjet za sve upisane na fakultete nakon dana stupanja ovog zakona na snagu, ili za nikog, ne praviti razliku s obzirom na kojoj razini ZZ će dr. med. obavljati specijalizaciju. Primarna ZZ (sve od obiteljske do hitne) formira liječnike te nikom, pa ni npr. veliko uvaženom specijalistu neurokirurgije, kao što je naš cijenjeni ministar, ne bi bila naodmet u mladim danima. I nakon desetljeća staža među iskusnim kolegama se osjeti tko je "preskočio" taj dio sustava. Ne moramo se zavaravati da je mladi liječnik išta zaštićeniji na specijalizaciji (pogotovo s obzirom na ubitačan rad po bolničkim OHBP-ovima) nego u ruralnoj zabačenoj ambulanti obiteljske - oboje je prilično slična "vjetrometina"; na oba mjesta pacijent u koliziji s mladim liječnikom koji je "jučer diplomirao" ne dobiva maksimum / ono što očekuje / iskustvo / kontinuitet; po završetku faksa smo jednako (ne)sposobni i za ovo i za ono. S obzirom na komentare, evidentno je nerazumijevanje organizacije ZZ u RH te je ukidanje državnog stručnog ispita rezultiralo kroničnim nepoznavanjem sustava u koji se ulazi. Ergo dragi mladi kolege, navedeni predloženi jednogodišnji plaćeni "staž" biste radeći samostalno s licencom mogli obaviti u ordinaciji obiteljske, na hitnoj, ZZJZ / NZJZ budući da navedene ustanove spadaju pod PZZ. Lp,

968	<p>Antonio Marunica NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Faks traje mukotrpnih 6 godina i još bismo pod prisilom trebali odraditi 1 godinu s ciljem dobivanja prava na specijalističko usavršavanje. A svi točno znamo pod kojim uvjetima i koliko ćemo biti (pot)plaćeni. Ne znam kome ovakve ideje padaju napamet, ali znam tko neće profitirati ako se sve ovo provede. Ako smo upisali faks, na kraju krajeva, po ovom sustavu, onda bi bilo fer da tako i ostane. A u svakom slučaju, po mišljenju starijih kolega, ovo sad funkcionira bolje nego šta bi funkcioniralo sa stažom, a i mislim da nitko od kolega ne želi kopati po kontenjerima godinu dana jer si ne može platiti mjesečnu rentu stana. I na kraju, sustav je iovako dovoljno opterećen i krvavi, a ovime bi se samo zakamuflirale te rane. Ulažite u obrazovanje, u kvalitetu nastave, u bolnice, u opremu, a manje gledati samo svoje interese. Dovoljno smo isfrustrirani da odemo raditi u inozemstvo i ne vratimo se. Bar meni malo fali. Lp!</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
969	<p>Dijana Grbas NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ovim novim prijedlogom izmjene zakona kojom bi mladi liječnici morali odraditi godinu dana u PZZ, Hrvatska će se dovesti do toga da će izgubiti velik dio tek diplomiranih doktora medicine odlaskom iz države. Školujemo ljude i ulažemo u obrazovanje da bi radili u inozemstvu? Ministar bi trebao izmjenom zakona stimulirati ostanak i zaposlenje liječnika u PZZ boljim uvjetima rada i većim plaćama, a ne nametanjem uvjeta za specijalizaciju kako bi pokrili manjak obiteljskih liječnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
970	<p>Hana Plesničar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Studentica sam šeste godine medicine te se ne slažem s prijedlogom uvođenja obaveznog rada u PZZ-u u trajanju od godine dana. Smatram da ova ideja doista nije ni rješenje postojećih problema zdravstvenog sustava, a isto tako nije nikakav poticaj mladim liječnicima da nakon šest godina studijskog programa krenu u smjeru onoga što žele i čemu su već podredili mnoge životne planove koji će uvođenjem ovog zakona biti uvelike promijenjeni. Cilj je imati zadovoljne liječnike koji će s voljom i željom raditi svoj posao, kojeg su imali mogućnost sami odabrati u svojoj Zemlji. Zakoni poput ovog se ne donose kada gori jer stvari neće samo tako krenuti na bolje, a rezultat mogu biti još veće nezadovoljstvo i liječnika i pacijenata. Sasvim je jasno da će mladi otići za boljim prilikama i zato se nadam da ovaj Zakon neće zaživjeti i da će vladajući uzeti u obzir naša mišljenja te donijeti razumne odluke.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

971	<p>Katarina Nilić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Kao studentica šeste godine medicine smatram ovo vrlo nepromišljenom idejom. Prva stvar je da će se ovime odljev mozgova samo povećati i Hrvatska će izgubiti mnogo mladih liječnika, a drugo ovo nije način da se riješi problem primarne zdravstvene zaštite. S jedne strane imat ćete mlade doktore koji rade gdje ne žele i što ne žele, neki od njih bi na ovaj način mogli propustiti specijalizaciju koja se godinama čeka, a sa druge strane imat ćete pacijente koji će svakih godinu dana imati novog liječnika primarne zdravstvene zaštite. Prisila i obvezivanje apsolutno nije način da se nekoga motivira i zadrži u zemlji, pogotvo kada su mogućnosti za odlazak van velike. Ovakav zakon sigurno će imati suprotan efekt od željenog a nekako mi se čini da to nikome nije u interesu. Ovakav program nije način da se riješi problem PZZ, ovo je samo način da se mlade liječnike isfrustrira i da im se oduzmu prilike koje bez ovoga imaju. Toplo se nadam da će vladajući uvidjeti svu apsurdnost ovoga zakona te da on neće zaživjeti i da će se pronaći drugi, bolji način rješavanja problema PZZ jer mladi doktori nisu riješenje.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
-----	---	---

972

Nika Višnjic**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.**

Smatram da je ovakvo prisilno uvođenje obaveznog jednogodišnjeg rada u PZZ apsolutno nepošteno prema kolegama i potpuno pogrešan pokušaj za nadomještanje manjka liječnika u ordinacijama obiteljske medicine. Kao liječnica koja je diplomirala prošle godine znam koliko su kolege isfrustrirani katastrofalnom organizacijom nastave na fakultetu. Kvaliteta nastave i angažman profesora je blago rečeno razočaravajuć i žalostan (uz nekoliko izuzetaka). Iz svog iskustva znam koliko smo svi jedva čekali da dobijemo svoje diplome i da možemo početi raditi gdje želimo, a sad ovime želite produljiti tu agoniju i ograničiti buduće kolege u odabiru radnog mjesta za što nebi bili ni približno pošteno plaćeni. Tijekom fakulteta svaki student ima puno prilika angažirati se i steći puno praktičnog znanja ako to želi, naravno ne tijekom nastave već u svoje slobodno vrijeme. Ukoliko nakon završenog fakulteta smatra da nije sposoban samostalan raditi može se prijaviti na Rad pod nadzorom. Također iz perspektive pacijenata znam koliko su nezadovoljni čestim promjenama obiteljskih liječnika zbog čega je znatno smanjena kvaliteta PZZ u brizi za pacijenta, a što bi uvođenjem ovog uvjeta samo pogoršali. Prisiljavanje mladih liječnika za rad u obiteljskoj medicini nije nimalo pametno, taj posao nije nimalo lak i ogromna je odgovornost na tim liječnicima. Liječnik koji misli da ne može pratiti i adekvatno skrbiti za više stotina pacijenata koji se svakodnevno javljaju nebi to trebao ni raditi, a kamoli biti prisiljen na to. Pokušaj popunjavanja praznih mjesta u ordinacijama ovom izmjenom umjesto da se konačno počne realizirati reforma zdravstva nije rješenje. Osim toga liječnici sa svojom diplomom su itekako dobrodošli u inozemstvu gdje mogu birati posao koji žele, a ovakva izmjena u zakonu bi zasigurno mnogima bila itekakva motivacija da se odluče za selidbu i početak života negdje gdje sami odlučuju gdje će i pod kojim uvjetima raditi. Ova izmjena je samo očajnički pokušaj nadomještanja nedostataka hrvatskog zdravstva bez provođenja reformi jer ljudi na vodećim pozicijama u RH ne znaju drugačije, nego samo iskorištavanjem i prisiljavanjem drugih privremeno popuniti rupe i time u javnosti maskirati svoj neuspjeh. Dokle god ne pružite budućim liječnicima adekvatnu i kvalitetnu izobrazbu nemate ih pravo po završetku fakulteta ni na što prisiljavati.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

973	<p>IGOR BOSANAC NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Protivim se uvođenju obavezne godine rada u PZZ te sadašnji sustav RPN smatram adekvatnim za stjecanje iskustva. Umjesto da se napravi reforma kurikuluma, i „staž“ inkorporira u trajanje fakulteta (kao što je to u zemljama zapadne Europe), ovim prijedlogom se mlade liječnike ucjenjuje i produljuje vrijeme do dobivanja specijalizacije, ali i stjecanja financijske samostalnosti, koje je već i onako dovoljno dugo. Probleme treba rješavati u korijenu, a ne sanirati posljedice. Ovakvim pristupom i prisilama otjerat ćete još više mladih ljudi u inozemstvo.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
974	<p>PETAR MAS NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Iz trenutnog prijedloga izmjene članka 182. Zakona, kao i obrazloženja istoga, nije jasno koja je točno svrha uvođenja uvjeta obaveze rada u PZZ za dobivanje svih specijalizacija u zdravstvu za sve zdravstvene radnike-doktore medicine. Ukoliko je svrha to što je ustanovljeno da budućim specijalizantima nedostaju određene stručne kompetencije, onda Zakon o zdravstvenoj zaštiti nikako nije mjesto gdje bi se to trebalo regulirati, već bi iste odredbe trebalo uvoditi ili kroz Pravilnik o specijalističkom usavršavanju ili krenuti u reformu studijskih programa na medicinskim fakultetima. Navedene odredbe koliko je meni poznato ne postoje u drugim EU zemljama kao uvjet dobivanja specijalizacije (a da ne spominjemo nepostojanje ugovornih obaveza). Ukoliko je svrha uvođenja navedene izmjene činjenica kako u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nedostaju kadrovi, onda također smatram kako ova mjera nije kvalitetna. Na ovaj način će se možda prisilno povećati broj ljudi koji će "morati" odraditi tih godinu dana da bi mogli otići dalje i specijalizirati ono što žele i prividno će se popuniti nedostaci u PZZ. Međutim to nikako neće biti kvalitetno rješenje, jer ono što je bitno za dobro funkcioniranje PZZ-a (pogotovo ambulanta opće/obiteljske medicine) je kontinuitet i razvijanje odnosa između liječnika i pacijenata. Umjesto da se prisilno tjera ljude da rade primarnu zdravstvenu zaštitu, predlažem da se rad i specijalizacije u PZZ učine atraktivnije, prvenstveno kroz osiguravanje osnovnih uvjeta rada, a zapošljavanje bi se moglo poticati davanjem materijalnih benefita, npr. kroz sufinanciranje troškova smještaja u sredinama gdje nedostaje liječnika te kroz usklađivanje koeficijenata specijalista u PZZ s onima u bolničkom sustavu. Ukoliko će se unatoč svim nedostacima inzistirati na navedenoj mjeri, ona nikako ne bi smjela stupiti na snagu prije donošenja odgovarajućeg pravilnika iz stavka 9. predloženog članka 182. Naime na ovaj način ostaju brojne nepoznanice, primjerice za starije liječnike koji su još imali pripravnički staž, hoće li se nekome ubrajati u rad u PZZ to što mu je poslodavac za vrijeme staža bio dom zdravlja, a nekome kome je poslodavac bila bolnica neće, iako su oboje odradili identični program staža. Također, trenutno važećim</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

	<p>člankom 182. Zakona omogućeno je da se specijalizacija odobri i zdravstvenim radnicima koji ne rade u zdravstvenim ustanovama (primjerice rade u sustavu obrane, zatvorskom sustavu, na fakultetima, u tijelima javne i državne uprave). Po trenutno napisanom prijedlogu zakona ova mjera će se odnositi i na njih, a to bi u prijevodu moglo značiti da se neki od tih zaposlenika neće moći uputiti na specijalizaciju jer nemaju ispunjen uvjet rada u PZZ, a da bi mogli steći taj uvjet će zapravo morati dati otkaz kod trenutnog poslodavca. Zaključno, predložena mjera je nekvalitetna i ne bi se trebala uvesti. Umjesto da mladim liječnicima otežavate dobivanje specijalizacije i dodatno ih potičete na iseljavanje, radije reformirajte obrazovni program na fakultetima ili reformirajte primarnu zdravstvenu zaštitu kako bi olakšali rad u istoj i učinili ga atraktivnijim budućim mladim liječnicima.</p>	
975	<p>Tea Plišić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram kako prijedlog izmjene zakona može vrijediti samo za one kolege koji informirano pristanu na navedene promjene upisnom godinom, a ne onom koju završavaju. Nije pravedno, moralno, etički a ni pravilno donjeti ovakvu izmjenu tijekom akademske godine a koja bi se trebala odnositi na mlade liječnike koji upravo završavaju fakultet. Upisali smo se pod određenim uvjetima i pod njima završavamo studij. Rezultati provedene ankete pokazuju kako nam studenti pete i šeste godine medicine većinski ne smatraju da su dovoljno spremni za samostalan rad, ali isto tako se snažno protive ovoj izmjeni. To ide u prilog ideji restrukturiranju šeste godine studija koja bi nadomjestila staž u vidu rotacija. Smatramo i želimo da nam studij omogući pripremu za rad. U 6 godina, to se može izvesti. Mnoge će ova odluka potaknuti na odlazak iz Hrvatske, ukoliko su se dosad dvoumili. Lijepi pozdrav.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

976 **Nataša Ban Toskić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.
Članak 182. stavak 1. treba se brisati jer: 1. prisila nikada nije bila djelotvorna metoda, a pogotovo nije u 21. stoljeću, u Eu i otvorenom, slobodnom tržištu rada 2. postojeći model rada pod nadzorom, po vlastitoj odluci, već sada omogućava svim netom diplomiranim liječnicima, koji se ne osjećaju spremnima za samostalni rad, višemjesečni plaćeni rad i dodatni trening/edukaciju uz mentora te bez preuzimanja neposredne odgovornosti 3. ovaj članak eksplicitno navodi 1 godinu radnog iskustva u PZZ (ne navodi se kontinuum 12 mjeseci i ne obvezuje na to Ustanove), a ne navodi rad pod nadzorom. Ergo, katastrofalna kadrovska situacija u PZZ, poglavito u obiteljskoj medicini , pokušava se popuniti/zakrpati prisilom nad diplomiranim liječnicima bez da se uzima u obzir da se radi o vrlo kompleksnom području rada i odgovornosti koje zahtijeva specijalističko usavršavanje. Obiteljska medicina je akademska struka, ima svoje katedre, kongrese, udžbenike i potpuno definirane metode, opseg i sadržaj rada. Osigurava kontinuiranu, longitudinalnu, sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu te se očekuje da zbrine 80% zdravstvenih potreba i zahtjeva pacijenat te osigura kvalitetu i poželjene ishode. .Uz to opterećena je groznom administracijom, kontrolama i kaznama. Tijekom studija sigurno nitko nije educiran o bezbrojnim pravilima osiguravatelja i raznih nezdravstvenih i zdravstvenih Institucija; poslati neiskusne i netom diplomirane liječnike na samostalan rad u takve uvjete potpuno je promašeno. Njima neće pružiti siguran rad i dodatnu edukaciju (tko će ih i kada educirati - o tome nema ni riječi), a pacijenti neće dobiti niti kontinuiranu niti longitudinalnu (svakih par mjeseci drugi mladi liječnik) niti kvalitetnu zdr zaštitu na koju imaju pravo (a tome neće biti krivi mladi liječnici). Ono što je sigurno, sama obiteljska medicina će se dodatno urušiti. Poseban problem predstavlja i pitanje - gdje će se točno zaposliti svi diplomirani u jednoj godini? Poslati takve liječnike u izolirane ruralne ili otočne ambulante da samostalno rade posebno je nerazumno i okrutno. Zaključno: ako želite popuniti praznu PZZ, ponudite odmah visoke plaće, motivirajuće, sigurno radno mjesto, subvencionirajte stanovanje i odmah ponudite specijalizaciju iz pzz ob.med, gin, pedijatrije. Tko želi rad pod nadzorom, mora mu i dalje biti omogućeno. Mrkva, a ne batina.

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

977	<p>Marino Šabijan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Mislim da bi bilo korisnije ako bi se promjenila 6. godina studija na način da se staz odradi za vrijeme 6. godine studija. Dakle, student bi za vrijeme 6. godine rotirao 6 mjeseci unutar primarne zdravstvene zaštite, hitne službe, pa bi nakon toga rotirao 3 mjeseca na odabranim mjestima prema interesima buduće specijalizacije. Samim time student bi odmah nakon dobivanja diplome u 7. mjesecu mogao započeti sa specijalizacijom u 9./10. mjesecu, bilo da je to specijalizacija u primarnoj ili drugoj. Na taj način student ne bi gubio vrijeme te imao prazan hod završetkom studija, nego bi odmah mogao nastaviti dalje sa obrazovanjem. Ako se studenti ne osjećaju spremno za samostalni rad završetkom fakulteta, za to je odgovoran sami fakultet koji očito ima svoje propuste. Iz tih razloga bi se trebao staviti puno veći fokus na treniranje i pripremanje studenata za samostalni rad tijekom 6. godine, gdje bi 6. godina igrala ulogu "rada pod nadzorom". Nije nužno plaćati studenta za rad tijekom 6. godine, a studenti su također zadovoljni zato jer im je studij kraci, brže dolaze do željenih vještina i napretka u karijeri. Sami studij medicine je dovoljno dugacak i bilo koja vrsta produljenja nije nešto što prizeljkujemo. Motivacija bi se stvorila na način da se proces dolaska do našeg karijernog cilja ubrza.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
978	<p>Sara Franić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Kao studentica 6. godine u potpunosti se slažem s kolegama. Zašto mijenjati sustav koji funkcionira? Smatram da je promjena dobra ukoliko je svima na dobrobit ali ovakvu promjenu smatram upravo suprotno, negativnom, demotivirajućom i degradirajućom.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
979	<p>NIKOLINA KELAVA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Kao studentica 6. godine slažem se s ostalim kolegama i smatram da bi uvjetovanjem jedne godine radnog iskustva u PZZ moglo rezultirati revoltom mladih liječnika te odlaskom iz RH. Smatram da prisila nikad nije rješenje pa tako ni u ovom slučaju. Ovakve izmjene nedopustivo je uvoditi trenutnim studentima, kojima je pri upisu rečeno nešto drugo. Sramotno je da se na ovakav način rješava deficit liječnika u PZZ, potrebno je pronaći bolje rješenje te zainteresirati mlade liječnike za rad na razini PZZ.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

980	<p>ANTONIA ČUBRANIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Kao studentica 6. godine medicine moram se složiti sa svojim kolegama da prijedlog izmjene zakona budućim liječnicima predstavlja demotivaciju, razočaranje i dodatni gubitak povjerenja. Neizvjesnost netom prije početka rada u struci u nama budi strah i nelagodu. Odrasli smo ljudi s planovima za budućnost, stoga nije korektno dovoditi u pitanje godinu dana obaveznog rada u PZZ za studente kojima je prilikom upisa studija bilo rečeno da staž nije obavezan. Mladi liječnici trebali bi biti nove snage zdravstvenom sustavu, a na ovaj način se stvara gomila nezadovoljnih ljudi koji će godinu dana raditi nešto na što ih se primoralo. Među studentima medicine su najbolji od najboljih koji će biti prisiljeni svoj puni potencijal ostvariti izvan RH. Nemojmo to dopustiti.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
981	<p>Iva Badurina-Dudić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Jasno je da primarni cilj ovog članka i novih planiranih promjena nije pomoći tek diplomiranim liječnicima već krpiti nedostatke i rupe na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Da je cilj bio ulaganje u mlade liječnike, u njihovu edukaciju i njihovo zadržavanje u državi, ostavila bi nam se mogućnost izbora kao što je to do sada bilo moguće. Zaista ne razumijem tko to zamišlja da će se stanje poboljšati kroz prisilu i kroz loše organiziran staž. Studentica sam 6. godine medicine i brine me da ću biti prisiljena ući u nešto o čemu trenutno nemamo dovoljno informacija i tko zna kada ćemo ih uopće dobiti, što neće biti adekvatno isplanirano i provedeno (ne može ni biti u ovako kratkom periodu), a što će mi oduzeti jednu godinu koju sam mogla puno bolje iskoristiti.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
982	<p>KRSTO DOMINKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Kao student 6. godine medicine, također se protivim uvođenju staža. Kod uvođenja rada pod nadzorom, sekundarijata, prilagođen je i program studija. Tada nam je rečeno da se dio predmeta sa šeste godine prebacuje na petu, te se uvodi više praktične nastave na posljednjoj godini koja će zamijeniti staž. Te promjene nastavnog plana smo usvojili. Smatram da nema potrebe uvoditi godinu dana staža. Nekadašnji staž je imao smisla kad je uključivao kruženje po bolničkim odjelima i u sklopu tog staža odraditi dio i u PZZ. Dosadašnji sustav, gdje nakon završetka studija imamo pravo birati gdje raditi, bilo to sekundarijat, vanbolnička hitna ili odmah specijalizacija na neki način funkcionira. Na ovaj način "uvjetovati" buduće mlade liječnike i obvezati ih na nešto što ne žele i na što ne računaju sve ove godine studija samo će se povećati nezadovoljstvo među istima.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

<p>983</p>	<p>Marko Banković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Poput mojih kolega, i ja se apsolutno protivim uvođenju obaveznog staža. Uvođenjem obaveznog staža, dodati ćete još jednu veliku rupu, na već tonući brod koji se zove zdravstveni sustav. Bacanjem studenata u PZZ umjesto liječnika koji odlaze u mirovinu, napraviti ćete još goru stvar jer će ti isti studenti, zbog neiskustva, slati još veći broj pacijenata u bolnicu čime će se još više preopteretiti sustav. Nemojmo zaboraviti da stavljate studente u PZZ, umjesto specijalista Obiteljske medicine te ti isti studenti ne mogu biti adekvatna zamjena jer se radi o specijalizaciji, a upravo je sustav kriv jer je pretvorio ovu specijalizaciju u administrativni posao. Zanimljivo je kako će se obaveza rada u PZZ odnositi samo na one koji će u RH tražiti specijalizaciju. Ovo je još jedan dodatan razlog, koji me tjera da ozbiljnije razmislim o odlasku iz RH. Izvan Lijepe Naše čekaju nas bolji uvjeti rada i veći stupanj organizacije sustava te veća plaća. Raditi za minimalac nakon 6 godina studija je još jedan apsurd našega sustava. Ne vidim potrebu za promjenom postojećeg programa u kojem je sekundarijat odlična opcija za mlade liječnike koji se osjećaju nesigurnim za samostalni rad.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>984</p>	<p>VILMA GRBAS NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Grozan prijedlog izmjene zakona! Kao studenticu medicine 6. godine, osobno me najviše smeta obaveznost staža. Svatko od nas ima trenutno različite želje i ne osjećamo se svi jedanko sposobni, niti bi nam staž bio jedanko koristan (opremljenost ambulanti, želje za specijalizacijom). Do sada, doktori imaju super iskustva sa sekundarijatom i tko ima želju i/ili potrebu za početni rad pod nadzorom, super je da ima opciju, ali po meni nema smisla nametati. Također, ovom godinom rada propustili bi barem jedan natječaj za specijalizaciju, što za neke može značiti čekanje godinama. Oduvijek sam znala da želim ostati živjeti i raditi u Hrvatskoj, no ovakav prijedlog izmjene zakona me ponukao da krenem razmišljati o opciji odlaska u inozemstvo.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

985	<p>Josipa Vološčuk NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Uvođenje ovoga zakona tjera me da aktivno počnem razmišljati o odlasku iz Lijepe naše. Prvo nas natjerate da studiramo godinu dulje od naših vršnjaka, zatim nam toliko zakrčite svaku godinu studija da je gotovo nemoguće uz faks zaraditi bilo kakav džeparac = ovisnost o roditeljima i financijska nesposobnost. Ostavljate me bez mogućnosti osamostaljivanja i započinjanja vlastite obitelji čak i kada taj isti faks završim jer sam prisiljena raditi za mrvicu. Praktički nam uvodite 7. godinu studija umjesto da se pobrinete o prethodnih 6. Shvaćam gdje živim, koji sam studij odabrala i koliko nam je sustav korumpiran, ali nije rješenje prelomiti preko leđa studenata. Nakon 6 godina teškog studiranja želim SAMOSTALNO ODABRATI gdje ću raditi/ koliko dugo ću raditi na tom mjestu i želim donijeti odluku o svojoj budućnosti, a ne da mi se ona nametne. Stoga donosim zaključak da ukoliko se ovaj zakon izglasa biti ću među prvim liječnicima svoje generacije koji će svoje radno mjesto tražiti izvan RH. Ne zato što želim, već zato što mi niste ostavili drugog izbora. Srdačan pozdrav</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
986	<p>Andrej Dubić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram da ovaj članak nikako nije potreban odnosno nije potrebno uvođenje staža. Rad pod nadzorom je sasvim zadovoljavajuća alternativa. Na taj način pruža se izbor: netko tko smatra da nije dovoljno spreman za samostalni rad može ići raditi pod nadzorom, dok netko tko misli da je spreman trebao bi imati priliku za samostalni rad. Nismo svi isti. Ne vidim razlog zašto bi se uskraćivala ta opcija. Smatram to krajnje frustrirajuće i demotivirajuće da nakon 6 godina obrazovanja Ministarstvo smatra da apsolutno svi studenti nisu spremni za rad. To ujedno šalje i poruku nepovjerenja prema institucijama zaduženim za naše obrazovanje jer studente u 6 godina nisu uspjeli pripremiti za posao liječnika. S razlogom je uvedena 6. godina da se stavi što veći naglasak na praksu. Ako već nešto treba mijenjati, onda je to plan i program 6. godine. Svatko bi trebao imati pravo odlučiti u kojem smjeru želi ići nakon završenog fakulteta čime se opet vraćam na početak svojeg komentara: tko smatra da nije spreman ima zato rad pod nadzorom, tko smatra da je, treba imati priliku za samostalni rad.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
987	<p>TOMO LONČAR NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ovakvim zakonom dodatno pogoršavate povjerenje u sustav te potičete odljev mladih liječnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

988 **MIA MATEA VELENIK**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 43.
Apsolutno se protivim ovom nametanju godine staža u PZZ. Takvim postupkom se pokazuje koliko ova vlast ne mari za studente, pacijente ni liječnike primarne zdravstvene zaštite. Studentima se produljuje financijska ovisnost o obitelji, koja je već duža od ostalih studija, posebice nama koji nismo iz gradova s medicinskim fakultetima. Mijenja nam se kurikulum studija pred kraj istog, umjesto da se reformira postojeći način studiranja. Predmet kao Temelji liječničkog umijeća 1-6 je uveden sa svrhom učenja praktičnog znanja, no kao većina kliničke nastave se svodi na gubljenje vremena. Također nam se ograničava sloboda rada i kretanja po završetku studija. Tako se samo ubrzava proces odlaska mladih liječnika u inozemstvo čim za to steknu uvjete. Ova odluka je izrazito loša za pacijente, jer ako im primarni liječnik bude svake godine netom diplomirani mladi liječnik oni gube konzistentnost koja je temelj kvalitetne primarne zaštite. Osoba koja je prisiljena raditi neki posao neće ga obavljati kvalitetno! Pomisao da netko bez trunke iskustva može raditi u obiteljskoj je banaliziranje struke. Umjesto da se LOM-ovcima dopusti da prakticiraju medicinu, guši ih se nepotrebnom administracijom. Hitna medicina rješava pretežito ne-hitna stanja i cijeli je sustav zakrčen.

Prihvaćen
Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

<p>989</p>	<p>Adam Rožmarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Kao student šeste godine smatram da ljepota medicine leži u njenoj raznolikosti. Osobno se nikada nisam vidio u ulozi liječnika obiteljske medicine i naprasno uvođenje obaveze rada u PZZ smatram pljuskom u lice za kraj studija. Ukidanjem staža u nastavni program medicinskog fakulteta dodani su brojni kolegiji kojih do tada nije bilo, a praktične su naravi. Njihova svrha je nadomjestiti staž. Tako sam kao student odradio brojna dežurstva na OHBP-ovima u Rijeci gdje studiram, a sada na zadnjoj godini tu će biti još cijeli niz sličnih predmeta gdje ću odraditi dežurstva u hitnim kirurškim ambulancama, rotirat se po različitim odjelima interne medicine, u simulacijskim centrima vježbat razne liječničke vještine. To su sve kolegiji kojih za vrijeme staža nije bilo. U sklopu redovnog fakulteta svi moji kolege kao i ja odradili smo vježbe iz propedeutike, proveli cijeli semestar svakodnevno po svim odjelima interne medicine, asistirali na raznim operacijama tokom cijele pete godine, a kao šlag na kraju studija odradit ćemo i nekoliko tjedana u ordinacijama obiteljske medicine sa specijalistima obiteljske medicine. Represivno i naprasno uvođenje staža pred sam kraj studija, a kojeg nije bilo kad je cijela moja generacija upisivala studij medicine krajnje je demotivirajuća poruka koja se šalje mladim liječnicima i daje im se do znanja način na koji će ih se tretirati u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Rad pod nadzorom je odlična opcija jer daje IZBOR pojedincu da odabere put kojim želi napredovati u karijeri. Prijedlog ove reforme još je jedan promašaj u pokušaju da se konstruktivno riješe nedostaci zdravstvenog sustava, a pogotovo PZZ. Iskazivanje nepoštovanja prema mladim liječnicima ovim represivnim metodama od strane države dugoročno će uzrokovati još veći odlazak liječnika u inozemstvo.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
<p>990</p>	<p>Paula Petrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Silom nećete postići ništa. Da želite ljude "sposobnije za rad" odmah po završetku studija koji traje 6 godina, provodili biste reformu strukture i načina održavanja nastave U NAŠU KORIST. Ionako se većina budućih mladih liječnika sprema raditi negdje vani, a sad ste u pojam ubili onaj jedan manji dio nas koji želimo ostati u ovoj banana državi, plaćite kad vas budu liječile fejk diplome. ;)</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

991	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. u čl 182 iza stavka 1. brisati uvjet rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Diploma završenog fakulteta mora biti dovoljna kvalifikacija za daljnje stručno usavršavanje kao što je aplikacija za natječaj za specijalizaciju. stavak 9. - brisati. Radno iskustvo u PZZ ne smije biti uvjet za daljnje stručno usavršavanje. Ukoliko se uvedu ovakve odredbe svi diplomirani liječnici kalendarske godine neće imati jednaku priliku naći zaposlenje koje se uvjetuje ovakvim odredbama, te će tako porasti broj NEZAPOŠLJIVIH liječnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
992	<p>LUCIA SLAVICA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ne želim da moj liječnik obiteljske medicine bude zamijenjen tek diplomiranim studentom jer smatram da mi se prekida kontinuitet zdravstvene zaštite. Poanta obiteljske medicine je liječnik dobro upoznat s mojim obiteljskom i osobnom anamnezom te ovo smatram narušavanjem kvalitete zdravstvene skrbi.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
993	<p>Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatramo da bi svaki liječnik tih godinu dana trebao odraditi upravo u ordinaciji obiteljske medicine, a ne općenito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kako bi shvatio način funkcioniranja cjelokupnog zdravstvenog sustava te upoznao svog pacijenta cjelovito i holistički.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
994	<p>Alan Ayoub NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Tri najčešća razloga za odlazak liječnika u inozemstvo su redom: bolji uvjeti rada, kvalitetnija organiziranost sustava te veća plaća. Ovakvim zakonom dodatno pogoršavate povjerenje u sustav te potičete odljev mladih liječnika. Umjesto reforme kurikuluma krpaju se rupe, a svatko iz medicinske struke zna da se ne liječe simptomi već bolest.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

995	<p>Ivan Đureković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Ovaj prijedlog je krajnje nekorektan zbog toga što se pokušava uvesti generaciji koja pod istim uvjetima nije upisala studij medicine. Osim što predstavlja oblik ucjenjivanja u vidu dobivanja prava na specijalizaciju, ona će mnoge kolege vidno usporiti u ostvarivanju vlastite vizije o daljnjem stručnom unaprjeđivanju, a da ne spominjemo da neće niti približno riješiti problem primarne zdravstvene skrbi, gdje će se mladi liječnik teško snaći u velikoj količini birokracije i administracije o kojoj nam se na fakultetu nije apsolutno ništa objasnilo. Uvođenjem godinu dana obavezne primarne skrbi problem će samo postati više izražen. Po završetku studija, mladi liječnici moraju moći sami donijeti odluku o tome gdje i što žele raditi.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
996	<p>Franka Novaković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>U Članku 43. se nigdje eksplicitno ne iznosi činjenica koje generacije bi prije dobivanja specijalizacije trebale odraditi jednu godinu u primarnoj zaštiti. Odnosi li se članak na studente koje već studiraju ili na buduće studente koji će medicinski fakultet tek upisivati? Isto tako, nigdje se jasno ne iznosi činjenica kada se po novom pravilniku dobiva licenca za rad, odmah po završetku šeste godine ili nakon jedne godine obaveznog stažiranja koje se spominje kao nova mjera. Hoće li student morati odraditi jednu godinu stažiranja i najmanje jednu godinu u primarnoj zaštiti prije nego što će se uopće moći prijaviti na natječaj za specijalizaciju? U slučaju da se gore navedene nove odredbe tiču studenata koji su već u toku studija, ovu situaciju smatram krajnje bezobraznom. Po jednim uvjetima smo upisali fakultet, a čini se po drugima ga završavamo. Isto tako, ako bi se predložene odredbe odnosile na generacije koje će tek upisivati fakultet doći će do kontraefekta, manje maturanata će se odlučivati za ovu struku jer najmanje 7 ili 8 godina od mature neće sami moći birati posao koji rade, lokaciju na kojoj ga obavljaju, niti će se moći ostvariti kao ekonomski samostalni pojedinci, niti pridonijeti demografskom oporavku koji je našoj državi izgleda bitan samo na papiru. Tko nama garantira da će za sve mlade liječnike biti dovoljno mjesta i da ćemo dobivati ugovore od 12 mjeseci za rad u primarnoj zaštiti? Što ako se dogodi da jedan mladi liječnik dobije ugovor na 3 mjeseca pa 3 mjeseca čeka novi ugovor, do trenutka da se uopće može prijaviti na specijalizaciju će čekati puno dulje od 1 godine, a u njemu će se samo stvarati sve veće nezadovoljstvo i otići će u inozemstvo čim mu se pruži prilika. Što se tiče uvođenja stažiranja, smatram da je rad pod nadzorom već dobra mjera koju ne treba mijenjati jer dozvoljava pojedincima da kroje svoju budućnost kako žele, a ne kako im država kaže.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

997	<p>Filip Zekić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Uvođenje obaveznog staža studentima 5. i 6. godine na ovakav način potpuno je brzoplet i neproduktivan, a graniči i sa bezobraznim. Ovom se promjenom ne bi postiglo apsolutno ništa, osim što bi studenti dobili novu financijsku prepreku, kao i dodatnu motivaciju da prvom prilikom odu raditi u inozemstvo.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
998	<p>MARIN BEGOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. “U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“.” Kao student 6. godine protivim se uvođenju staža i smatram da je trenutni sustav rada pod nadzorom najbolje rješenje za mlade liječnike koji se po završetku studija ne osjećaju spremnima za samostalan rad. Problemi u PZZ se ne smiju rješavati “krpanjem” nedostatka LOM prisilom mladih doktora na rad na poziciji koja im nije osobni odabir . Ovim uređenjem izgubio bi se kontinuitet skrbi i to bi se izrazito negativno odrazilo na pacijente. Nepravедno je uvoditi ove izmjene studentima koji su na kraju svog fakultetskog obrazovanja i već imaju planove nakon završetka studija. Također je nepravедno jer otežava život studentima slabijeg socioekonomskog statusa kojima čini osamostaljenje nakon završetka fakulteta praktički nemogućim. Eventualno bi bilo pravedno da ove izmjene pogode generacije koje tek upisuju medicinski fakultet . To bi naravno trebalo biti potkrepljeno dokazima i opservacijama neke službe koja revidira ovakve postupke u zdravstvu i ti podaci bi trebali biti javno dostupni. Smatram da je potrebno napraviti reformu 6. godine fakulteta i on nje napraviti svojevrsni “staž” po uzoru na druge europske zemlje i na taj način postići adekvatnu edukaciju mladih liječnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
999	<p>PETRA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Odjednom uvoditi staž generacijama koje su već peta i šesta godina studija je smiješna. Ako nakon 6 godina studenti nisu dovoljno obrazovani da zaslužuju licencu, onda je hitno potrebna reforma studija. Nema smisla imati šestu godinu bez kliničkih predmeta, a efektivno produljivati studiranje na 7 godina jer nakon 6, eto, nitko ne zna raditi. Pustite ljude da počnu živjeti svoj život, a nedostatak LOMova riješite boljim uvjetima rada i većim plaćama, a ne maltretiranjem studenata.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1000	<p>Jana Bebek NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Kao studentica 6. godine smatram da je uvođenje obavezne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pogrešno. Trenutni pravilnik omogućuje izbor prvog radnog mjesta nakon fakulteta te svaki mladi liječnik procijeni svoju spremnost i odabere što njemu najbolje odgovara. Takav način donosi najbolje i za sustav i pacijente jer nitko nije 'prisiljen' raditi ono što ne želi. Ograničavanje mladih liječnika nakon 6 godina studiranja nije način 'usavršavanja struke'. Ako smatrate da liječnici nisu dovoljno dobro educirani u 6 godina, rješenje je reforma studija. Ponekad biste trebali pitati i studente prije donošenja velikih odluka jer nam je svima u cilju da budemo što bolji liječnici, a mi ipak možemo objektivno procijeniti koje su mane našeg obrazovanja, koje znanje/vještine nam fale i što možete promijeniti da mlađe generacije budu sve bolje i bolje.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1001	<p>Luka Šižgorić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. "U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“.” Ovu izmjenu bi trebalo u potpunosti izbaciti. Sramotan i skandalozan prijedlog prisilnog rada godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (pzz) za nove, mlade doktore medicine. Uz ovakvu izmjenu zakona dopustila bi se manipulacija da se mlade doktorice i doktore medicine natjera (na godinu dana) da rade isključivo u pzz i zakine ih se za slobodu vlastitog odabira radnog mjesta, daljnjeg smjera obrazovanja i profesionalnog napretka sukladno željama i životnim okolnostima pojedinca. Nakon 6 godina studija, nema smisla uvjetovati i "sedmu" godinu studija (što bi na neki način ovakva odluka i bila). Vjerujem da je ograničavanje pojedinca da ne može raditi ništa drugo u RH osim navedenog - pzz suprotno duhu direktive EU zbog koje je i izbačen staž 2013. godine kako bi se naši studiji uskladili sa studijima u EU i kako bi se mogli slobodno kretati tržištem rada po EU. Mišljenja sam da je ideja iza ovakvog prijedloga stanje u našem zdravstvenom sustavu u vidu manjka liječnika koji žele raditi/rade u pzz te činjenica da je većina liječnika u pzz pred mirovinu (a ovaj prijedlog nije riješenje tog problema). Također me zanima odakle nekom zakonsko pravo da studentima medicine za vrijeme trajanja studija mijenja program istog? Jesu li studenti koji su upravo završili svoj studij ove godine i dobili licencu spremniji nego studenti šestih godina koji će završiti svoj studij na ljetu 2023., a studiraju po apsolutno istim uvjetima i predaju im isti predavači? Ova sramotna odluka samo će doprinjeti egzodusu mladih liječnika iz Hrvatske.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1002	<p>Veronika Lendvaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog</p>

DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Kada će sustav shvatiti da je prisila i ograničavanje liječnika ovakvim restriktivnim mjerama put ka propasti zdravstvenog sustava? Kada će se, konačno, početi slušati struku i studente i uvažiti njihove prijedloge? Vrijeme je da se liječnike počne motivirati adekvatnim postupcima za ostanak u RH i rad u PZZ, a ne prisiljavati na pozicije i uvjete koje ne žele. Od ne znam koje godine fakulteta strepim zbog priča o nepravедnim ugovorima o specijalističkom usavršavanju i katastrofalnim radnim uvjetima u zdravstvu (kojima se redovno krši Zakon o radu!), a sada se moram bojati da će mi se studij produžiti za još 1 godinu, da ću vjerojatno raditi na periferiji RH u ambulancama koje nitko ne želi pokriti zbog katastrofalnih radnih uvjeta, da se neću moći osamostaliti niti imati slobodu izbora, a indirektno niti slobodu kretanja. I onda me nakon toga još čeka specijalističko usavršavanje gdje ću vrlo vjerojatno nemati izbora nego potpisati ugovor kojim me se ponovno ograničava na idućih X godina i kojim se na mene stavlja nepravedan i nerealan trošak specijalizacije kakav ne postoji niti u drugim članicama EU, niti u SAD-u niti u Australiji? I zbog svega navedenog, a eventualnim uvođenjem ovakve izmjene Zakona koji je "kap koja je prelila čašu", odlazim iz države čim prije, pa makar vani ne radila kao liječnik nakon svih ovih godina edukacije. Želim dodatno istaknuti i objasniti nekoliko problema vezanih uz izmjene Zakona i članak 43.: 1. Kvalitetna PZZ temelj je kvalitetnog zdravstvenog sustava i tako ju se treba tretirati. Problemi s manjkom kadra u PZZ ne mogu se rješavati prisilom mladih, nekvalificiranih i za tu poziciju nezainteresiranih liječnika, nego stimulacijom liječnika za takva radna mjesta. Ovakva izmjena Zakona samo je krpanje rupa dok se cijeli sustav ne raspadne. U PZZ dolazi najveći broj najrazličitijih pacijenata i dijagnoza koje mladi liječnik bez ikakvog iskustva, radeći sam, nakon neadekvatnog šestogodišnjeg obrazovanja neće moći adekvatno prepoznati niti usmjeriti, a da ne govorimo o zavrzlamama s HZZO-om u kojima se takav liječnik neće snaći. Ovakva odluka imat će negativne posljedice direktno za pacijente i njome će se dodatno narušiti kontinuitet zdravstvene zaštite zbog stalnih izmjena neiskusnih mladih liječnika na takvim pozicijama. 2. Umjesto prisilnih metoda, postoje metode kojima se mlade liječnike može pripremiti za rad - a takve uključuju reformu obrazovanja i kurikulumu na Medicinskim fakultetima. Šesta godina, koja je uvedena kako bi se studente medicine pripremila za rad, trenutno nije ni blizu onome što je trebala biti i zbog toga se osjećamo nespremnima. Nema smisla uvoditi dodatnu godinu pod lažnom namjerom "edukacije" - treba poboljšati postojeću koja već ionako predugo traje, koja je puna bespotrebnih podataka i predmeta, koja se neadekvatno provodi, posebno u smislu stjecanja praktičnih znanja. Ako ćete mi uvoditi dodatne godine radi "edukacije", a svaka će ostati jednako kvalitetna kao ove što su i do sada, onda mogu studirati do doba mirovine bez da se osjećam spremno za rad u ovom sustavu. I svakako nije pravedno uvoditi ovako radikalne izmjene za

iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

generacije koje su studij upisale za vrijeme drugačijih pravila. 3. Kako ćete osigurati dovoljan broj radnih mjesta za staž za sve studente određene generacije koji u jednom trenutku izađu s fakulteta? Samo Zagreb broji 300 hrvatskih studenata za koje treba osigurati mjesta svake godine. Što ako mjesta nema dovoljno? Znači li to da oni koji nemaju staž čekaju i čekaju bez licence, bez prava na rad i žive uz pomoć roditelja i partnera? Ne bi bilo prvi put da mladi liječnici čekaju staž mjesecima ili godinama bez mogućnosti rada te me brine da bi ponovno uvođenje ovakvog staža kojim se uvjetuje stjecanje licence samo stvorilo ovakve brojne probleme. 4. Plaće - svima nam je jasno da ovakav rad neće biti adekvatno plaćen. Problem je u tome što se nakon fakulteta ljudi žele osamostaliti, žele živjeti gdje odaberu, graditi život sa partnerom, eventualno imati djecu. S niskom plaćom gdje će velika većina biti prisiljena raditi daleko od svojih obitelji i partnera, imat ćemo dodatne troškove stanovanja i života, a i vrijeme da "krenemo živiti svoj život" i graditi obitelj će se ovakvim postupcima uz malu plaću i dodatne troškove dodatno produljiti. Ne znam treba li isticati koliko je odvratno i nepravedno ljude stavljati u takvu poziciju. 5. Kako liječnik bez licence može samostalno raditi u PZZ sa pacijentima, ne zvuči li to protuzakonito? Ili je takav rad pod nadzorom mentora? Ako će i na stažu postojati mentor, zašto se onda jednostavno ne poboljša trenutni Rad pod nadzorom? Zbog svega gore navedenog ne podržavam promjene navedene u članku i nadam se da će se ovakav apsurdan prijedlog staža u potpunosti odbaciti.

1003

Nika Šlaus

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.

Kao studentica 6.godine medicine mislim da je uvođenje Nacionalnog programa jedna od većih gluposti koje sam čula u zadnje vrijeme. Obavezni staž nema apsolutnog nikakvog smisla uvoditi jer će to će služiti samo kao način da se zadrže studenti kao jeftina radna snaga. Iako se ovaj Nacionalni program prodaje pod odličnu stvar koja nas treba dodatno spremirati i educirati u tome što ćemo raditi, apsolutno su svi svjesni da je to totalna glupost jer će ga voditi isti oni ljudi koji sada vide RPN i isti oni ljudi koji vode vježbe na klinici, a to se očito ispostavilo kao dosta loš način učenja, vježbe i edukacije. Ako se nakon toliko silnih seminara, vježbi i predavanja u moru bespotrebnih predmeta, za koje nitko ne zna zašto su uopće uvedeni, studenti i dalje osjećaju "nespremno" onda možda nije problem u tome što im nedostaje staž, nego možda zato što nam je šestogodišnja nastava u totalnoj banani. Nakon završenih 6. godina NE PADA MI NAPAMET ostajati još jednu obaveznu godinu i iskreno se nadam da će ovo propasti.

Prihvaćen

Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.

1004	<p>Barbara Parabić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Ne slažem se uvođenjem obaveze godinu dana rada u PZZ-u. Na taj način nam se samo onemogućava napredovanje u struci, jer nam nitko ne garantira da ćemo u PZZ-u raditi samo godinu dana i da će nakon toga biti dovoljno specijalizacija za sve. Također, hoće li se ugovor potpisivati zaista na godinu dana, ili bi to bile zamjene po dva ili tri mjeseca između kojih bismo opet morali čekati sljedeće radno mjesto. A što se tiče "prakse" fakultet traje 6 godina, i nedovoljna praksa je samo posljedica loše organizacije i loših prioriteta. Ako se ovako nešto želi uvesti onda se to treba uvesti za buduće generacije, jer kad smo mi upisivali faks ovakvih uvjeta nije bilo.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1005	<p>Andro Miloslavić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Nema smisla donositi mjeru s kojom većina studenata (na koje se sama i odnosi) nije zadovoljna. Kontraproduktivno je za cijeli sustav imati svake godine generaciju diplomiranih mladih liječnika na pozicijama na kojima ne žele biti i na kojima su nezadovoljni te da ovakav program "samo" odrađuju protiv svoje volje da bi ga se riješili i mogli nastaviti dalje u smjeru u kojem žele.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1006	<p>Martin Boroš NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>“U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“.” Kao student 6. godine protivim se ovim izmjenama zakona. Protivim se uvođenju staža i smatram da je trenutni sustav rada pod nadzorom i stjecanja licence primjeren i adekvatan. Problemi u PZZ trebali bi se rješavati motivirajućim postupcima i rješavanjem administrativnih problema da liječnicima bude privlačno raditi u PZZ, a ne prisiljavanjem mladih doktora na rad. Ovim uređenjem izgubio bi se kontinuitet skrbi i to bi se sve odrazilo negativno na pacijente koje zbrinjavamo. Također treba napomenuti da bi porasle liste čekanja i došlo do novih problema u sustavu upućivanja. Žao mi je pacijenata slabijeg socioekonomskog statusa na čija leđa će se prelići ove odluke i koji si ne mogu priuštiti odmah obaviti neki medicinski postupak kod privatnika nego moraju čekati u sustavu za neke stvari i preko 2 godine. Nepravedno je uvoditi ove izmjene na brzinu i ograničavati život i životno planiranje ljudima koji se već 6 godina bore za svoju diplomu i licencu pod jednim uvjetima. Također je nepravedno jer otežava život siromašnijim studentima i studentima slabijeg socioekonomskog statusa i otežava im osamostaljenje. Eventualno bi bilo pravedno da ove izmjene pogode generacije koje tek upisuju medicinski fakultet ili pretkliničke godine. To bi naravno trebalo biti potkrepljeno dokazima i opservacijama neke službe koja revidira ovakve postupke u zdravstvu i ti podaci bi trebali biti javno dostupni. Nama nisu pokazane nikakve revizije koje bi nas uvjerile u dobrobit ovakve odluke i prisilno nam se žele nametnuti ove izmjene. Mislim da bi trebalo kontinuirano rješavati probleme samostalnosti rada mladih doktora kroz revidiranje provođenja kliničke nastave ako takvi problemi postoje, a ne na ovaj način. Mislim da je velika većina kolega trenutno spremna za samostalan rad, a ona nekolicina koji nisu i dalje ima taj vjetar u leđa od 6 mjeseci rada pod nadzorom da se prilagodi.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
------	--	---

1007	<p>Laura Mayer NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Vapaj Ministarstva za radnom snagom rezultirao je ovim dodatkom Članku 43. ograničavanje mogućnosti odabira nas mladih liječnika. Istina je, ne osjećamo se spremnima za rad, ali tome je kriva neadekvatna kontrola nastave te preopterećenost mentora istovremenim radom na pet pozicija, neke od kojih su u privatnom sektoru. Promjena strukture šeste godine, bolji odabir mentora, profesora i docenata uz redovite kontrole kvalitete nastave bi doprinjele time da se osjećamo spremnijima za daljni rad, a ne nasilno donešena odluka kojom prisilno, uz gubitak studentskih prava i nenajavljeno. U takvom nedostatku liječnika gotovo je sigurno da nećemo imati adekvatno mentorstvo i da to neće biti pokušaj da se niti pacijentima niti nama pomogne, već je potez očajnika kojemu je voda do grla.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1008	<p>LEON BILJAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Mislim da je sramotno da se ovakvim potezom pokuša "poboljšati" stanje u zdravstvenom sustavu. Kako je moguće da se većina studenata nakon završenih 6 godina fakulteta ne osjeća spremnom za rad? Studenti tu definitivno nisu krivi. Umjesto da se problem riješi u korijenu i da se reformira studij medicine, prisilit će nas se na staž za vrijeme kojeg ćemo biti mizerno plaćeni. Sve više mladih liječnika odlazi iz države, a ovo će biti još samo jedan dodatni razlog koji će ih potaknuti da to učine.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1009	<p>Sara Maroević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Zaista je tužno da nas se i nakon 6 godina studija pokušava uvjetovati nečime pod krinkom "sve je za vašu korist". Da se imalo gleda korist studenata, napravila bi se reforma 6.godine koja je ionako najmanje usmjerena na kliničke predmete. Studij koji je sam po sebi jedan od najdužih apsurdno je produživati na 7.godinu. Svim ovim promjenama pokušavaju se "krpati" greške u sustavu, a nitko ne postavlja pitanje zašto nismo spremni za samostalan rad nakon 6 godina studija. Ne vidim smisao toga, a ni ne vidim način na koji bi se sve to provelo jer gdje točno ima toliko mjesta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za sve studente medicine? Uz sve navedeno, ne mislim da bi ista vise praktičnog rada dobili nego s Radom pod nadzorom jer bi najvjerojatnije, kao i u svih 6 godina studija, bili prepušteni sami sebi. Također, mislim da je vrlo nekorektno usred studija nametati ovakav Nacionalni program jer mislim da bi svi pri upisu na studij trebali biti upućeni u sve uvjete koji su potrebni za dobivanje licence te za samostalan rad.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1010	<p>PETRA NIMAC-KALCINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Protivim se uvođenju staža jer nije pošteno da nam se pred kraj fakulteta serviraju drugačiji, i to gori uvjeti od onih pod kojima smo se upisali na fakultet. Smatram da je sadašnja mogućnost rada pod nadzorom sasvim adekvatna i zadovoljavajuća opcija za većinu mladih doktora, a nametanje jednogodišnjeg staža i uvjetovanje licence istim nije ništa drugo nego očajnički čin nesposobne vlasti kojim bi se pokrpale rupe u PZZ. Ono što je najgadjljivije od svega je što bi za taj staž dobivali sramotno nisku novčanu naknadu, dakle STEM stipendije za studente STEM nastavničkih smjerova su više nego što će nama biti plaća nakon završenog medicinskog fakulteta. Ako mislite uvoditi staž, uvedite ga za generacije koje će tek upisati medicinu, neka znaju u kakav sustav ulaze, a nas nemojte dovoditi pred gotov čin!!</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1011	<p>Iva Co NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Ovo nikako nije korektno prema nama studentima. Kada smo upisivali fakultet, upisali smo 6 godina studiranja. Nitko nije spominjao da će se na 6. godini izglasavati nekakav novi oblik staža u kojemu se nas, studente medicine, pokušava prisiliti da studiramo 7 godina, ne dobivamo licencu nakon završenih 6 godina i radimo isključivo na onim mjestima gdje državi odgovara da radimo, a ne na mjestima koje smo mnogi od nas planirali. Šlag na torti je da se ne možemo prijavljivati na natječaje za specijalizacije koji se ionako rijetko raspisuju i da budemo manje plaćeni. Sve ovo krajnje demotivira nas, studente (buduće liječnike) i pitam se hoćemo li uopće htjeti raditi pod takvim okolnostima ako možemo više i lakše te s manje odgovornosti zaraditi u nekim drugim sektorima. Također, kritiziram starije generacije što nam nisu omogućili uvijete i okolnosti da mi, njihovi mlađi kolege, možemo pristojno živjeti i raditi u ovoj državi posao koji želimo.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1012	<p>Ana NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Ne bi se trebao uvesti jednogodišnji staž generacijama koje su trenutno na studiju jer to nije pošteno prema nama koji smo upisali fakultet s drugačijim očekivanjima i planovima. Nama studentima (budućim liječnicima) bi trebalo biti omogućeno usmjeravanje u određeni dio medicine, neovisno o kojem dijelu medicine se radi, a ne ovako da svi moramo ići u primarnu zdravstvenu zaštitu. Ne znam na koji način mislite da bi itko bio motiviran ovakvom odlukom? I trebala bi se dobiti licenca nakon 6 godina studija, to je itekako dovoljno prakse za dobiti licencu.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1013	<p>Stela Majetić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Nije fer nakon 6 godina medicine, biti prisiljen "studirati" još jednu godinu bez studentskih prava. Kad smo upisivali faks znali smo da studiramo 6 godina s obavezom odrađivanja staža na neko određeno vrijeme. Ali DOK STUDIRAMO 6.GODINU da nam netko najavi da će se izglasavati hoćemo li mi imati staž ili ne, je stvarno nepoštovanje studenata medicine, doktora medicine(koji su nas učili i oni koji bi nam trebali biti mentori bez da oni to sada znaju), ali i samog studija medicine. Bi li onda ti naši mentori trebali biti plaćeni više, pošto će biti obvezani da nas obrazuju još jednu godinu?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1014	<p>MARTIN ĐEVENICA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Smatram da uvjetovanje specijalizacije obaveznom godinom staža u primarnoj zdravstvenoj zaštiti neće doprinijeti niti edukaciji mladih liječnika niti zdravstvenom sustavu, s obzirom na već postojeći sustav, te pozivam na razmatranje ovog članka. Prema postojećem zakonu, nakon završetka studija, liječnici imaju pravo na izbor i mogu sami procijeniti jesu li spremni za izbor specijalizacije ili ne i to pravo treba ostaviti. Natječaji za specijalizaciju bi svakako trebali osigurati valjanost kandidata za rad te je nepotrebno sposobne kandidate podvrgnuti 'stažu'. Mišljenja sam da se, ako je namjera ove izmjene bila podići kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga tek diplomiranih liječnika u samostalnom radu, to može mnogo efikasnije ostvariti kroz reformu kliničke nastave na medicinskim fakultetima i kroz adekvatni rad pod nadzorom. Naglasio bih potrebu za reformom kliničke nastave/programa medicinskog fakulteta i provedbe istih na našim fakultetima gdje se, mislim da bi se mnogi moji kolege složili, slabo i ograničeno bavimo kliničkim pitanjima na nastavi. Nadalje, kod provjere našeg znanja, naglasak je stavljen na pismenim i usmenim ispitima gdje se provjerava naše formalno znanje o određenoj temi (a često se na tim ispitima provjerava i naše već provjereno znanje iz pretkliničke znanosti), a naše praktične, odnosno kliničke vještine, se tek olako provjeravaju i pitanje su formalnosti. Mislim da je tu jasni prikaz položaja medicinskih fakulteta i pridruženih katedri spram kliničkih vještina, odnosno kolika je njihova važnost tijekom studija.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1015	<p>Ivana Bilić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. studij medicine traje ionako predugo po mom mišljenju. Trebalo bi ga skratiti na 5 godina te 6.godinu uvesti taj staz o kojem se priča. Donijeti novi zakon sada usred tekuće akademske godine nema smisla, predugo se čeka na specijalizacije da biste nam ukrali još jednu godinu života. Nitko ne pita nas želimo li se osamostaliti nakon fakulteta? Ja prva želim i nije mi cilj biti s roditeljima cijeli život, tako da se nadam da ovaj prijedlog o stazu neće zazivjeti</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1016	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Još jedan članak koji nema rok za izvršenje. U kojem vremenu će ministar donijeti pravilnik?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1017	<p>MORENA BENČIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Članak 43. Apsolutno je neshvatljiva pomisao da se mlade liječnike, potencijalno bez ambicije za rad u pzz stavi prisilno na tu poziciju. Posao u pzz je izuzetno zahtjevan i kompleksan čak i za specijaliste na toj poziciji (koji također odlaze s te pozicije iz kojih razloga pitamo se?), a vi mislite da ćete nekom prisilom na mlade liječnike napraviti dobro za sve pacijente i same liječnike? Poruka koja se šalje je jasna: liječnike specijaliste koji rade u pzz se apsolutno ne cijeni niti se smatra da je ta pozicija bitna za cjelokupno zdravstvo (jer zašto njih ne potaknuti da ostanu na svom radnom mjestu ili studente na odabir te specijalizacije te tako podići samu kvalitetu zdravstva i posljedično rasteretiti ostatak sustava?) te je svima bolje potražiti svoje “mjesto pod suncem” ne na drugoj specijalizaciji već i u drugoj državi. Također pitam se kako je “legalno” usred studija koji su kolege upisali gdje je bilo navedeno “studij medicine u trajanju od 6 godina” najjednom usred tog istog studija produljiti?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1018	<p>Viktor Bekić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Uvođenje obaveznog staža koji bi bio uvjet za dobivanje licence produjilo bi studij medicine za godinu dana, potez kao takav bio bi svojevrсна prijevара prema studentima ne znajući kako će taj isti zapravo trajati 7 godina. Posljedično, dovodi i do dodatnog gubitka povjerenja u sustav, jer time i oduzima pravo na izbor zaključavajući mlade liječnike kao kakvu jeftinu radnu snagu u kavezu primarne zdravstvene zaštite. Uz to, po završetku studija izgubila bi se i studentska prava bez kojih, uz niske plaće, populacija stažista neće biti u stanju samostalno se održavati te će time još dulje teretiti svoje obitelji. Naravno popunjavajući manjak liječnika mladim liječnicima koji "prisilno" rade, dovodi u pitanje i kvalitetu njihova rada; no u konačnici samo uvođenje ovog nacionalnog programa, radi usavršavanja mladih liječnika uslijed njihova ne znanja i manjka praktičnih vještina, čini se kao nekakva krinka iza koje stoji nesposobnost za donošenje kvalitetne reforme kurikuluma studija medicine; zašto ne poboljšati nastavu i uvesti više praktičnog rada za vrijeme istog i time ne duljiti već predugi studij?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1019	<p>ANJA ĐURĐEVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Totalna je katastrofa da nakon 6 godina studiranja se još treba i staž odraditi. Šesta godina se uvela na medicinski fakultet kako bi se studenti još više naučili raditi i tada nebi bilo potrebe za stažem. Šesta godina bi trebala služiti kao praksa. Uvođenje ovog staža jasno i glasno ukazuje na sve veće i veće omalovažavanje budućih medicinskih radnika i bila bi stvarno tužna i razočarana u svoju državu da se tako nešto i ostvari. Autori dopune očito nisu mislili na novodiplomirane buduće liječnike.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1020	<p>Frano Šušak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Kolege su već dovoljno navele razloge zbog kojih ovaj zakon ne ide u korist diplomiranim studentima (a ni građanima RH kao pacijentima) i iza tog većina nas stoji. Ovaj pokušaj iznenadne promjene uvjeta dobivanja licence povlači mnoga pitanja na koja bi volio čuti jedan konkretan odgovor. Kako će se točno razlikovati prisilni staž od trenutnog RPN-a , osim toga što bi bio obavezan i što bi trajao 6 mjeseci duže (što su oboje vrlo negativne karakteristike) ? RPN obuhvaća PZZ kao i staž, RPN također ima imaginarne mentore na papiru (isti će biti mentori i za staž, osim možda ako se trebamo praviti da će preko noći shvatiti posao mentora). Jesu li možda provedene ankete o spremnosti mladih liječnika na samostalni rad ili ankete o zadovoljstvu ljudi na RPN-u, gdje su rezultati istih anketa? Ili je možda stvar što je ministarstvo napokon primijetilo rupu bez dna zvanu obiteljska medicina pa sada nakon godina uništavanja iste najlakše ishitreno uvesti obvezu da netom diplomirani studenti krpaju tu rupu. Kao osobu koja je htjela ostati raditi u RH žalosti me robovlasnički odnos prema mladim liječnicima i uništava svaku motivaciju za radom u ovoj državi.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1021	<p>Danijel Osmić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Umjesto da se 6. godina studija učini onakvom kakva je i zamišljena, pojedinci iz MIZ pokušavaju do kraja uništiti primarnu zdravstvenu zaštitu, kao da nije već devastirana. Kada se 6. godina uvodila na medicinske fakultete u Hrvatskoj (jer EU tako nalaže!), ona je onda i trebala izgledati kao 6. godina studija na ostalim europskim medicinskim fakultetima – praksa! a ne mnoštvo katedri koje su odjednom iznjedrile iz raznoraznih podruma. Šesta godina studija od kliničke nastave ima svega nekoliko kolegija, od kojih jedino Obiteljska medicina ima pravo da ju se nazove kolegijem. Autori dopune očito nisu mislili na novodiplomirane buduće liječnike te ih na svaki mogući način pokušavaju još više omalovažiti ne dopuštajući im slobodan izbor radnog mjesta i ne poštujući interese mladih liječnika. Kako se planira riješiti pitanje stambenog pitanja za liječnike na stažu koji završe u udaljenom mjestu? Kako se planira privući mlade liječnike u primarnu zdravstvenu zaštitu? Jer prisila ne djeluje. Vrlo ishitrena i nepromišljena dopuna ako prođe će rezultirati još većim odljevom mladih liječnika. Ja sam svoju dokumentaciju već pripremio. Na Vama je da odlučite želite li nas zadržati.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1022	<p>Maja S NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Nemam iskustva ni sa staža niti s rada pod nadzorom jer sam još studentica (6. godine), ali imam iskustva studentskog života izvan stalnog prebivališta i ne mogu zamisliti da će moji vršnjaci/kolege za koju godinu živjeti bez studentskih prava za minimalac koji jedva može pokriti mjesečne namirnice, bez troškova stanovanja, transporta, itd. i da će 7. (!!!) godinu za redom biti ovisni o financijskoj pomoći roditelja ili partnera, a zašto? Zato što smo "jadne COVID generacije" koje nisu "vidjele kliniku" tijekom maksimalno 2 god. studija i treba nam ta 7. godina da nas stariji kolege nauče pričati s pacijentima i izvaditi krv? Ako sve ovo nema veze s COVID-om, je li staž nekakva nadoknada propuštenog, nečeg što se u 6 godina studija ne može, a u jednoj godini tzv. rada može naučiti? Većina nastave na kliničkim predmetima tijekom 4. i 5. godine studija izgledala je tako da smo se sat vremena motali po hodnicima bolnice i čekali voditelja, sat vremena virili kroz vrata soba tijekom vizite, sat vremena kopali po BIS-u, a ponekad i auskultirali jedno-dva srca ili promatrali operaciju iz nekog udaljenog kutka sale. Zapravo je razgovor sa specijalizantima koji su neplaćeno radili s nama umjesto specijalista (voditelja vježbi) bio najkorisniji dio kliničke nastave (barem one na kojoj sam se ja našla jer je dio kolega nasumično ipak dobio predane voditelje). Sve to smo dobili priliku popraviti ljetnom praksom ili mogućnošću volontiranja na bilo kojoj katedri, ali očito ni to nije dosta za "osjećati se spremno". Čisto sumnjam da bi se staž razlikovao od nastave i da bi itko izašao samopouzdan i spremno za dalje, ali bi taj isti staž onemogućio izbor smjera u kojem želimo ići na iduću godinu dana. Rezultat godine dana prisilnog rada bio bi daljnje razočaranje u strukturu studija medicine i zdravstveni sustav te po planovima mojih kolega, zaključujem, nakon dovršavanja staža u RH- odlazak iz nje.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
------	--	---

1023	<p>DOMINIK BLAŽEVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Ovaj zakon je apsurdan, nakon 6 godina školovanja želite natjerati doktore da rade godinu dana za minimalac u primarnoj ZZ zbog čega? Da bi dobili iskustvo, praksu koju nismo dobili na faksu? Da bi popunili praznine u vašem sustavu jeftinom radnom snagom? Doslovno šalžete najmanje kompetentne radnike na najbitniju poziciju na kojoj bi trebali raditi specijalisti. Velika većina nas se ne želi baviti PZZ i imamo druge ambicije i umjesto da staž (ako već mora postojati) bude fleksibilan da možemo stažirati na hitnoj, na odjelima s rotacijama (kao što je bio prethodni staž) vi nas tjerate da budemo u PZZ. Ne vidim da li je igdje napisano da li je to pod nadzorom (valjda je) i ako je gdje ćete vi naći 500+ mentora specijalista za sve studente u manje od godinu dana i koja je svrha, ako je pod mentorstvom mi ćemo gledati šta rade specijalisti ili tražiti ih da potvrde sve što radimo (jer nemamo licencu za samostalni rad) ili ako NIJE pod nadzorom onda vi nas već shvaćate sposobnim da liječimo ljude bez iskustva (ALI NAM NE DATE LICENCU). Od kada je nekom kirurgu ili specijalistu patologije, radiologije potreban staž u PZZ godinu dana? UKINITE STAZ i ostavite rad pod nadzorom koji NIJE obavezan u pzz, hitnoj, javnom zdravstvu u protivnom samo ćete više otjerati vaše ljude u inozemstvo. Zanima me zašto ste se sada sjetili opet uvesti staž kada ste ga prethodno ukinuli kako je naredila EU, doslovno ste nam uveli kolegij TLU sa svrhom "prakse" umjesto staža i sada odjednom ipak vraćate staž. Nekompetentni ste vi!</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1024	<p>Eva Troselj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Smatram izuzetno nepostenim i neprihvatljivim cinjenicu da nam se nameće obavezan staz prije prijave na specijalizaciju. Studentica sam pete godine i sokirana sam ovim nenadanim izmjenama. Smatram da je rad pod nadzorom dobra stvar za one koji to zele, a kolege koji zele odmah na specijalizaciju trebaju biti u mogucnosti to i napraviti. Postavlja se pitanje kako je moguće da nakon 6 godina nismo spremni za samostalan rad? Umjesto da nas se ucjenjuje obaveznim stazem, trebala bi se reformirati sesta godina i uvježbavati klinicke vjestine. Ovo je toliko ocit ocajnicki potez "krpanja" PZZ koja se lomi pod teretom neorganizacije i manjka ljudstva. " Krpanje" PZZ novopecenim liječnicima pod prisilom je katastrofa i za pacijente i za mlade ljude koji bi trebali sami odlucivati o svojoj buducnosti nakon 6 godina mukotrpnog studija, a ne ispastati zbog godina necijeg nemara i nerada. Ovim potezom samo ste potaknuli velik broj kolega na ozbiljno razmisljanje o odlasku. Pretuzno, prestrasno, preprozirno i prebijedno</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1025	<p>Lukrecija Anzic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Odluka da je potrebno 1 godina rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za mogućnost prijave na specijalizaciju granici s razumom. Kao prvo, nema toliko mjesta u RH da svi nakon diplome dobiju mjesto odmah, znači čekati će se na to i gubiti dodatno vrijeme za specijalizacije. Drugo, na taj način se otvoreno ukida slobodno tržište rada gdje doktori medicine po stečenoj diplomi i svojoj mučnici nakon 6 godina, što je ovako i onako najduži studijski program ne mogu sami birati gdje će raditi. Treće, ovo nije ni rad pod nadzorom (koji bi trebao biti ponudjen na biranje), mi tu radimo samostalno, upitno je koliko ćemo naučiti, a ne možemo to izbjeći. Četvrto, previše se polemizira i odlučuje za generacije koje sad već 1 rukom drže diplomu i uz sav taj stres početka rada trebalo bi njima izaci u susret, da konačno u RH vladajući shvate da će mladi diplomanti otvarati budućnost države, a ako im se to ne dozvoli i ne postuje ih se, stvarat će bolju budućnost u zemlji u koju odu i ne vrate se.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1026	<p>Lucija Trutina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Članakom 43. pokušava se nametnuti prisilni staž studentima medicine koji su faksa upisali kada je Vlada tvrdila da nam nije potreban staž nakon 6 godina faksa. Pitam se zašto je sad odjednom potreban staž i to je toliko hitno da se uvodi studentima koji su pri kraju školovanja. Ubrzano uvođenje zakona samo će naštetiti pacijentima, a i nama studentima. Produžujete nam dugogodišnje studiranje i nudite nam minimalac za posao liječnika. Svi znamo da ćemo mi obavljati posao liječnika u punom obujmu i da ovaj staž neće biti pod nadzorom starijeg doktora jer ih nema. Kroz idućih par godina 800-tinjak doktora obiteljske medicine odlazi u mirovinu, a mi dolazimo na staž kao njihova zamjena. Vi mislite da smo toliko naivni da mislimo da se staž uvodi za naše dobro, a ne zato što gubite doktore. Ako uvedete prisilni staž, izgubit će te još više doktora. U ovom tjednu, nakon početka priče o stažu, sve više studenata počelo je razmišljati o odlasku iz države. Zašto bi ostali raditi u RH ako nas nitko ne cijeni, a dopunom članka 182. pokazali ste koliko smo Vam nebitni. Nadam se da ćete dobro razmisliti o ovoj odluci i da ćete poslušati studente medicine koji Vam govore što da napravite da poboljšate našu budućnost, a time budućnost i ove države. Staž eventualno možete uvesti generacijama koje će tek upisati medicinski fakultet, ali tu bi mogli raspravljati o toliko potrebnoj reformi nastave na fakultetu po uzoru na zapadne europske zemlje. Molim Vas da uvažite naše zamolbe i ne idete dalje s provedbom ove reforme koja će svima DUGOROČNO naštetiti.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1027	<p>Ivan Moštak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. “U članku 182. stavku 1. iza riječi: „studijem“ briše se točka te dodaje zarez i riječi: „ a doktoru medicine i uz uvjet jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osim za odobrenje specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite.“.” Ovu izmjenu bi trebalo u potpunosti izbaciti. Sramotan i skandalozan prijedlog prisilnog rada godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (pzz) za nove, mlade doktore medicine. Uz ovakvu izmjenu zakona dopustila bi se manipulacija da se mlade doktorice i doktore medicine natjera (na godinu dana) da rade isključivo u pzz i zakine ih se za slobodu vlastitog odabira radnog mjesta, daljnjeg smjera obrazovanja i profesionalnog napretka sukladno željama i životnim okolnostima pojedinca. Nakon 6 godina studija, nema smisla uvjetovati i "sedmu" godinu studija (što bi na neki način ovakva odluka i bila). Vjerujem da je ograničavanje pojedinca da ne može raditi ništa drugo u RH osim navedenog - pzz suprotno duhu direktive EU zbog koje je i izbačen staž 2013. godine kako bi se naši studiji uskladili sa studijima u EU i kako bi se mogli slobodno kretati tržištem rada po EU. Mišljenja sam da je ideja iza ovakvog prijedloga stanje u našem zdravstvenom sustavu u vidu manjka liječnika koji žele raditi/rade u pzz te činjenica da je većina liječnika u pzz pred mirovinu (a ovaj prijedlog nije riješenje tog problema). Ako bi kojim slučajem ovaj uvjet postao služben, mislim da možete očekivati generalno nezadovoljstvo, gnjev i veći odljev mladih liječnika iz RH. Smatram da bi pametnije bilo napraviti generalnu i strukturiranu reformu zadnje (šeste) godine studija kako bi se povećale kompetencije i praktična znanja mladih liječnika i prije završetka studija. Prisila nakon završetka studija je nelogičan i ograničavajuć potez koji bi onemogućio odabir daljnjeg smjera karijere (ali i privatnog života) na godinu dana (ne žele svi raditi u pzz nakon završetka studija). Smatram da svi imamo puno pravo sami birati radno mjesto i radne uvjete prema svojim željama i životnim okolnostima, a pogotovo jer se studij upisao pod takvim uvjetima. Promjena uvjeta nekoliko mjeseci prije diplome nije primjerena.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1028	<p>SARA PRISELAC NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Diplomirani liječnici bi nakon 6 godina studija trebali biti spremni za rad i odabir vlastitog puta u medicini. Hrvatska nije iznimka da se kod nas to ne bi moglo. Ako smatramo da iskustvo koje se stječe tijekom studija nije dovoljno, treba popravljati studij, a ne uvoditi sedmu godinu obaveze. Kao što su kolege već naveli - ovakva odluka bi samo ugrozila pacijente neprimjerenom kvalitetom zaštite, a diplomirane liječnike u još većem broju otjeralo u inozemstvo. Ne očekujte da ću htjeti stjecati specijalizaciju u Hrvatskoj uz ovakve uvjete kada drugdje mogu proći bolje</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1029	<p>Danijel Čolak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Tek završeni doktori medicine moraju imati puno pravo birati radno mjesto prema svojim željama i životnim planovima. Godina rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nije oblik profesionalne formacije tj. preduvjet koji je potreban za uspješan nastavak medicinske karijere. Primarna zdravstvena zaštita je također specijalistička djelatnost za koju je u uobičajenim okolnostima potrebno završiti specijalizaciju. Ovakav zakon nije logičan jer podrazumjeva primarnu zdravstvenu zaštitu bazičnom i nespecijalističkom, što ona nije. Ideja je apsurdna i štetna za pacijente, a jednako tako i za liječnike.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1030	<p>Jan Težak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Uvođenje obaveznog staža, i to još u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je bezobrazan i destruktivan potez očajnika. Apsolutno je suludo nakon dugog studija - od 6 godina, ljudima efektivno produžiti studij za još godinu dana - produžiti period financijske i profesionalne nesamostalnosti. Pod krinkom krpanja rupa u znanju - koje su posljedica loše organiziranog studija, što je opet odgovornost vladajućih - želite uvesti prisilan i potplaćen rad u istom tom preopterećenom sustavu, pod istim tim mentorima koji studente navodno nisu pripremili tokom studija - a zapravo s ciljem krpanja rupa u obiteljskoj medicinu, koju ste također godinama uništavali. Uostalom, već postoji opcija rada pod nadzorom za mlade liječnike koji to žele, zašto uvoditi obavezni staž? Zato što je obavezan i držite studente za jaja, i također ako im ne date licencu, ne morate im plaćati punu osnovicu plaće liječnika, nego neku crkavicu. Sramite se. Ne samo da je ta odluka bezobrazna, okrutna, i (granično) ilegalna prema studentima, radi se o odluci koja će primarnu zdravstvenu zaštitu samo još više srozati, a pacijente ugroziti. Postoje znanstveni radovi koji pokazuju važnost kontinuiteta zaštite, i opasnost njegovog izostanka, i apsolutno je suludo, neznanstveno, i riskantno primarnu zdravstvenu zaštitu bacati na grbaču friških diplomaca. Nitko ne želi vaš obavezni, oktroirani staž, a tko ne želi raditi neki posao, ga vjerojatno neće obavljati dobro - čak i kad bi imao ta znanja i vještine - što u kontekstu obiteljske medicine friški doktori ni nemaju. Svi ćemo vam otići van, pa plaćite.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1031	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Iz nepoznatih razloga je uvriježeno da obiteljsku medicinu može raditi svatko. Dnevno bar 50 različitih indikacija za liječenje, praćenje, rehabilitaciju, palijativu, prevenciju, hrpa smjernica za liječenje pojedinih bolesti, ogromna administracija, penaliziranje od strane HZZO-a.... Mladi liječnici koji rade sami, bez ičije pomoći, ne znaju prepoznati hitno stanje ili adekvatno reagirati, ne znaju opseg rada obiteljske medicine. Pa nije ni čudo da svi bježe iz primarne jer je PRETEŠKA za raditi, a ne predosadna ili prejednostavna. Kako netko može pomisliti da će netko bez iskustva moći preuzeti ambulantu i raditi ju godinu dana? Sasvim je očigledno da je to "rješenje" za krpanje rupa u PZZ-u, ali pod cijenu nejednakosti u pružanju zdravstvene zaštite, nekontinuiranosti iste... Kako kvalitetno može raditi netko tko je natjeran raditi nešto što ne želi, a ni ne zna što mu je opseg posla? Može samo na vrijeme početi učiti neki strani jezik. Shvatite već jednom da je obiteljska zasebna grana medicine i ne može ju raditi bilo tko. Ako ne očekujete od stažista da vam operira srce, ne očekujte ni da vas liječi u primarnoj! U cijelom ovom zakonu ni riječi o tome kako medicinu, osobito primarnu, osloboditi od administracije koja nas guši! Ni riječi o razlikama u plaći privatnih liječnika i onih zaposlenih u DZ-u, a jedni i drugi rade identičan posao! Ništa od edukacije stanovništva i penalizacije za zatrpavanje hitnih prijema nehitnim pacijentima kojima se nije dalo javiti svojim obiteljskim liječnicima ili čekati na red kod istih! I dalje samo kozmetička rješenja.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1032	<p>Tina Grgić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43. Mislila sam da smo odmakli od jugoslavenskog modela, da smo potpisali direktivu EU da će svi liječnici u primarnoj biti specijalisti. Zakon uvodi načelo kvalitete, a istodobno donosi prisilu mladim liječnicima da rade u pzz prije specijalizacije. Već vidim da se radi samo o popunjavanju kadrovske rupa. Neke ambulante će svake godine imati novog liječnika. Kvaliteta i kontinuitet skrbi?! Čini mi se da zakonodavac misli da smo svi jako glupi i da nemamo izbora. Osvijestite se vi u MIZ-u i HZZO-u, zar mislite da se možemo savijati bez pucanja? Ponude mailom i preko Linkedina stižu svaki dan, što je sljedeće, zaplijenit ćete nam putovnice?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>

1033	<p>Josipa Mavrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Popunjavanje rupa sa "studentima" u PZZ koje su nastale zbog godina zanemarivanja će dovesti samo do katastrofe. Tko će mladim liječnicima biti nadzor, mentor? Što sa liječnicima koji ne žele i ne pokazuju interes za obiteljskom? Prisila nikada nije rješenje. Potrebno je promijeniti strukturu studiranja i cjelokupne 6te godine fakulteta koja se bavi uglavnom "nemedicinskim" tematikama, te iste predmete staviti u okvire izbornih, a ne obveznih. Šestu godinu fakulteta se tako može osloboditi za godinu prakse/staža ili rada pod nadzorom - kako god to već želite nazvati i na kraju fakulteta imati ljude koji su već nešto vidjeli i radili. Ovakvim metodama će se dovesti do nezadovoljstva studenata koji već i ovako planiraju otići jer im tek sada nećete dati izbora kao i do nezadovoljstva liječnika OM koji su se godinama obučavali kako bi znali što i kada treba napraviti. Ukratko, metoda gašenja požara kapljicama vode.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1034	<p>Marta Grgat NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 43.</p> <p>Uvjetovanje radnog iskustva u primarnoj zaštiti nije prihvatljivo i samo će prouzročiti pad kvalitete primarne zdravstvene zaštite u mnogim sredinama u kojima će se liječnici mijenjati na godišnjoj bazi. Također, isto bi lako moglo dovesti do još većeg iseljavanja mladih liječnika iz RH, koji će u drugim europskim zemljama moći raditi posao koji žele, te za to biti cijenjeni i adekvatno plaćeni. Očigledno se promjena želi uvesti kako bi se riješio problem propadanja primarne zdravstvene zaštite, ali prisiljavanje mladih i neiskusnih liječnika da rade u primarnoj zaštiti protivno svojim željama nije nikakvo rješenje.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćeno brisanje uvjeta jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za odobrenje specijalizacije.</p>
1035	<p>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 44.</p> <p>U članku 184. stavku 4. riječi: „priznatih stručnjaka određenih specijalnosti“ predložimo zamijeniti riječima: „nastavnika izabranih u znanstveno-nastavna zvanja i primarijusa“</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1036	<p>Ivan Žokalj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 44.</p> <p>Imenovanje ispitivača na specijalističkom ispitu kao i sve aktivnosti koje se odnose na stručni nadzor provedbe specijalizantskog staža doktora medicine treba prebaciti iz nadležnosti ministarstva u nadležnost Hrvatske liječničke komore. Ministarstvo se ne bi trebalo baviti takvim detaljima nego samo donošenjem Nacionalnog plana specijalizacija, načinom financiranja specijalizacija, kontrolom ishoda/uspješnosti u stjecanju kompetencija specijalizanata svih specijalizacija putem periodičnih izvješća nadležnog tijela u komori i upravnim nadzorom nad administrativnim postupcima koji se moraju provoditi tijekom cijelom specijalizantskog staža (poput postupka prijave, odobrenja, prijave ispita do polaganja ispita). Liječničkoj komori zakonodavac može naložiti putem odgovarajućeg zakonskog članka obvezu sastavljanja pravilnika o imenovanju ispitivača na specijalističkim ispitima (npr. u roku 6 mjeseci od donošenja Zakona). Predmetnim pravilnikom o imenovanju ispitivača na specijalističkim ispitima od iznimne je važnosti jasno propisati kriterije za izbor kandidata (broj godina radnog staža kao specijalista određene specijalnosti i uže specijalnosti, posjeduje li kandidat jednu ili više specijalizacija, stručni i znanstveni radovi, znanstveno-nastavna zvanja, edukacije u zemlji i inozemstvu, mentorstvo, broj sati vježbi sa studentima medicinskih fakulteta).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1037	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 44.</p> <p>Kao predalagač ove odredbe odredbe da je mentor prisutan ispitu ali ne sudjeluje u ocjenjivanju moram braniti svoj stav. Osim ako mentoru nije neugodno slušati svog kandidata trebao bi biti prisutan kako bi se objasnili eventualni propusti u protokolu, što je često moguće jer neke propisane aktivnosti jednostavno nije moguće organizirati i provesti. Ispitna komisija može zamjeriti kandidatu propuste za koje objektivno nije kriv. Vidim ulogu mentora kao "starijeg brata" koji daje sigurnost kandidatu samim svojim prisustvom. Stres izlaska pred komisiju nije zanemariv. Svjedočio sam situaciji kada se kandidat "smrzne" i to bi mentor mogao malo moderirati. Smatrab da bi svaki mentor trebao biti ponisan na svog kandidata jer su skupa prošli sve izazove propisanog programa.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1038	<p>Vedran Kovacic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 44.</p> <p>U Članku 44. nacrtu izmjena Zakona (odnosno sadašnjem članku 184. stavak 6, navodi se kako Ministar donosi listu ispitivača na specijalističkim ispitima. Potrebno je točno definirati koje kompetencije, broj godina staža i znanstveno-nastavna zvanja mora imati ispitivač sa Liste. Također je potrebno definirati zakonski kako se lista objavljuje na mrežnim stranicama MZ. Također je potrebno ukinuti sadašnji stavak 5. istog članka („Glavni mentor kandidata nije član ispitne komisije, ali je obavezan prisustvovati ispitu iz stavaka 1. i 2. ovoga članka.“). Navedeno zakonsko rješenje je potpuno bespotrebno, te izlaže mentora nepotrebnom putovanju, troškovima i odsutnosti s posla. S poštovanjem, izv.prof.dr.sc. Vedran Kovačić, dr.med. specijalist opće interne medicine, uži specijalist nefrologije, uži specijalist intenzivne medicine, specijalist hitne medicine Zavod za hitnu i intenzivnu medicinu te kliničku farmakologiju s toksikologijom Klinike za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Split Glavni mentor KBC Split za specijalizaciju iz hitne medicine Glavni mentor KBC Split za specijalizaciju iz opće interne medicine</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1039	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 45.</p> <p>U tekstu novopredloženog čl. 184.a potrebno je definirati rok (predložimo 30 dana) u kojem je Ministarstvo zdravstva obvezno donijeti rješenje o priznavanju europskog specijalističkog ispita. Ističemo da je HLK u svojim uvodnim komentarima i primjedbama na odredbe ZZZ koje nisu predmetom uređivanja Nacrta prijedloga zakona o izmjenama i dopunama ZZZ-a predložila i potpuno novi tekst čl. 184.a., u skladu s prijedlogom prebacivanja nadležnosti nad specijalističkim usavršavanjem s Ministarstva zdravstva na HLK.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1040	<p>Nikolina Vučemilo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 45.</p> <p>Predlaže se da se usavršavanje iz uže specijalizacije kao i ispit na europskoj razini definira na isti način</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1041	<p>Zoran Ivazić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 46.</p> <p>Zoran Ivezić-Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost U odredbama Zakona koji reguliraju radno vrijeme u mreži javne zdravstvene zaštite, a odnosi se na skraćivanje radnog vremena zdravstvenim radnicima na 35 sati koji su izloženi štetnim utjecajima uvjeta rada koje utječe na zdravlje i sposobnost radnika, izostavljeni su radnici medicinsko-laboratorijske djelatnosti koji rade na odjelima patologije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1042	<p>Nives Božić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 46. U odredbama Zakona koji reguliraju radno vrijeme u mreži javne zdravstvene zaštite, a odnosi se na skraćivanje radnog vremena zdravstvenim radnicima na 35 sati koji su izloženi štetnim utjecajima uvjeta rada koje utječe na zdravlje i sposobnost radnika, izostavljeni su radnici medicinsko-laboratorijske djelatnosti koji rade na odjelima patologije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1043	<p>Katja Puljčan- Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 46. U odredbama Zakona koji reguliraju radno vrijeme u mreži javne zdravstvene zaštite, a odnosi se na skraćivanje radnog vremena zdravstvenim radnicima na 35 sati koji su izloženi štetnim utjecajima uvjeta rada koje utječe na zdravlje i sposobnost radnika, izostavljeni su radnici medicinsko-laboratorijske djelatnosti koji rade na odjelima patologije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1044	<p>IVANA PRIBUDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 46. Ivana Pribudić- Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko - laboratorijsku djelatnost Članak 46. U odredbama Zakona koji reguliraju radno vrijeme u mreži javne zdravstvene zaštite, a odnosi se na skraćivanje radnog vremena zdravstvenim radnicima na 35 sati koji su izloženi štetnim utjecajima uvjeta rada koje utječe na zdravlje i sposobnost radnika, izostavljeni su radnici medicinsko-laboratorijske djelatnosti koji rade na odjelima patologije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1045	<p>DARKO MIJATOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 46. Darko Mijatović - Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko - laboratorijsku djelatnost Članak 46. U odredbama Zakona koji reguliraju radno vrijeme u mreži javne zdravstvene zaštite, a odnosi se na skraćivanje radnog vremena zdravstvenim radnicima na 35 sati koji su izloženi štetnim utjecajima uvjeta rada koje utječe na zdravlje i sposobnost radnika, izostavljeni su radnici medicinsko-laboratorijske djelatnosti koji rade na odjelima patologije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1046	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 46. Budući da je stres vodeći izvor pobola i smrtnosti na radnom mjestu i vezano za radno mjesto i uvjete rada predložio bih za poslove koji su izrazito stresogeni i kojima se ne može skratiti radno vrijeme uvesti beneficirani staž. Vrste poslova i količinu dodatnog radnog staža bi u nekom razumnom roku (npr. godinu dana) trebao donijeti ministar uz suglasnost HLK. Obavezno uz suglasnost HLK jer to onda ne bi bila politička već odluka usuglašena sa strukom. Primjerice - njega najtežih, terminalnih bolesnika na neurologiji, onkologiji i pedijatriji definitivno spada u ovu kategoriju. Radno vrijeme se ne može skratiti a posljedice rada na takvim radilištima ostavljaju duboki trag i zdravstvenu štetu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1047	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 46. U slučaju kada radnik ne inzistira na skraćanju radnog vremena na navedenim poslovima, ostaviti mogućnost sporazumnog dogovora poslodavca i radnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1048	<p>ivana šmit NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47. ČLANAK 242. Stavak 1. Molimo da se ovaj stavak u potpunosti izbriše. Podložan je preširokom tumačenju. Može se dogoditi da pacijent iz npr. Dubrovnika smatra da nema pravo na jednakost u cjelokupnom ostvarivanju zdravstvene zaštite ako npr. ne bude u mogućnosti da ga se zbog liječenja odmah premjesti npr. na KBC Rebro i tuži zbog toga nadležnog liječnika. Molimo izbrisati ovaj stavak!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1049	<p>Zoran Ivazić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Zoran Ivezic-Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost Navedenim člankom u cijelosti se mijenjaju odredbe Zakona koje propisuju prekršajne odredbe. Novi članak 246. Zakona propisuje prekršaje koje počini privatni zdravstveni radnik. Između ostalog se navodi da će se novčanom kaznom kazniti privatni zdravstveni radnik ako ne ispunjava uvjete u pogledu prostora i medicinsko-tehničke opreme propisane normativima i standardima, a izostavlja se ispunjavanje normativa i standarda u pogledu osoblja. Nejasno je zašto je isto izostavljeno s obzirom da se zdravstvena usluga ne može pružati bez odgovarajućih zdravstvenih radnika. Nejasno je, također, što znači obavljanje privatne prakse osobno, prekršajna odgovornost za primanje više zdravstvenih radnika iste struke, a naročito prekršajna odgovornost ako se privatna praksa obavlja s više od dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu, kad je važećim člankom 54. stavkom 6. propisano da u istoj ordinaciji, odnosno biokemijskom laboratoriju mogu obavljati privatnu praksu dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu. Isto je kontradiktorno, ali se onda postavlja i pitanje što je sa situacijom kada postoji samo jedan zdravstveni tim u smjenskom radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1050	<p>Nives Božić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Navedenim člankom u cijelosti se mijenjaju odredbe Zakona koje propisuju prekršajne odredbe. Novi članak 246. Zakona propisuje prekršaje koje počini privatni zdravstveni radnik. Između ostalog se navodi da će se novčanom kaznom kazniti privatni zdravstveni radnik ako ne ispunjava uvjete u pogledu prostora i medicinsko-tehničke opreme propisane normativima i standardima, a izostavlja se ispunjavanje normativa i standarda u pogledu osoblja. Nejasno je zašto je isto izostavljeno s obzirom da se zdravstvena usluga ne može pružati bez odgovarajućih zdravstvenih radnika. Nejasno je, također, što znači obavljanje privatne prakse osobno, prekršajna odgovornost za primanje više zdravstvenih radnika iste struke, a naročito prekršajna odgovornost ako se privatna praksa obavlja s više od dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu, kad je važećim člankom 54. stavkom 6. propisano da u istoj ordinaciji, odnosno biokemijskom laboratoriju mogu obavljati privatnu praksu dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu. Isto je kontradiktorno, ali se onda postavlja i pitanje što je sa situacijom kada postoji samo jedan zdravstveni tim u smjenskom radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1051	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 47. Nije jasno zašto se kažnjavaju Ustanove (koje se financiraju novcem poreznih obveznika) umjesto odgovorne osobe ili ravnatelja ako se odgovorna osoba ne može ustanoviti. Ne mogu porezni obveznici snositi trošak lošeg rada pojedinaca. Dodati odredbu da se kažnjava kršenje Pravilnika o mjerilima za prijam specijalizanata i Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1052	<p>Katja Puljčan- Hrvatska komora zdravstvenih radnika-Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47. Navedenim člankom u cijelosti se mijenjaju odredbe Zakona koje propisuju prekršajne odredbe. Novi članak 246. Zakona propisuje prekršaje koje počini privatni zdravstveni radnik. Između ostalog se navodi da će se novčanom kaznom kazniti privatni zdravstveni radnik ako ne ispunjava uvjete u pogledu prostora i medicinsko-tehničke opreme propisane normativima i standardima, a izostavlja se ispunjavanje normativa i standarda u pogledu osoblja. Nejasno je zašto je isto izostavljeno s obzirom da se zdravstvena usluga ne može pružati bez odgovarajućih zdravstvenih radnika. Nejasno je, također, što znači obavljanje privatne prakse osobno, prekršajna odgovornost za primanje više zdravstvenih radnika iste struke, a naročito prekršajna odgovornost ako se privatna praksa obavlja s više od dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu, kad je važećim člankom 54. stavkom 6. propisano da u istoj ordinaciji, odnosno biokemijskom laboratoriju mogu obavljati privatnu praksu dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu. Isto je kontradiktorno, ali se onda postavlja i pitanje što je sa situacijom kada postoji samo jedan zdravstveni tim u smjenskom radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1053	<p>IVANA PRIBUDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Ivana Pribudić - Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko - laboratorijsku djelatnost Članak 47. Navedenim člankom u cijelosti se mijenjaju odredbe Zakona koje propisuju prekršajne odredbe. Novi članak 246. Zakona propisuje prekršaje koje počini privatni zdravstveni radnik. Između ostalog se navodi da će se novčanom kaznom kazniti privatni zdravstveni radnik ako ne ispunjava uvjete u pogledu prostora i medicinsko-tehničke opreme propisane normativima i standardima, a izostavlja se ispunjavanje normativa i standarda u pogledu osoblja. Nejasno je zašto je isto izostavljeno s obzirom da se zdravstvena usluga ne može pružati bez odgovarajućih zdravstvenih radnika. Nejasno je, također, što znači obavljanje privatne prakse osobno, prekršajna odgovornost za primanje više zdravstvenih radnika iste struke, a naročito prekršajna odgovornost ako se privatna praksa obavlja s više od dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu, kad je važećim člankom 54. stavkom 6. propisano da u istoj ordinaciji, odnosno biokemijskom laboratoriju mogu obavljati privatnu praksu dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu. Isto je kontradiktorno, ali se onda postavlja i pitanje što je sa situacijom kada postoji samo jedan zdravstveni tim u smjenskom radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1054	<p>DARKO MIJATOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Darko Mijatović - Hrvatska komora zdravstvenih radnika - Strukovni razred za medicinsko - laboratorijsku djelatnost Članak 47. Navedenim člankom u cijelosti se mijenjaju odredbe Zakona koje propisuju prekršajne odredbe. Novi članak 246. Zakona propisuje prekršaje koje počini privatni zdravstveni radnik. Između ostalog se navodi da će se novčanom kaznom kazniti privatni zdravstveni radnik ako ne ispunjava uvjete u pogledu prostora i medicinsko-tehničke opreme propisane normativima i standardima, a izostavlja se ispunjavanje normativa i standarda u pogledu osoblja. Nejasno je zašto je isto izostavljeno s obzirom da se zdravstvena usluga ne može pružati bez odgovarajućih zdravstvenih radnika. Nejasno je, također, što znači obavljanje privatne prakse osobno, prekršajna odgovornost za primanje više zdravstvenih radnika iste struke, a naročito prekršajna odgovornost ako se privatna praksa obavlja s više od dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu, kad je važećim člankom 54. stavkom 6. propisano da u istoj ordinaciji, odnosno biokemijskom laboratoriju mogu obavljati privatnu praksu dva tima iste djelatnosti u smjenskom radu. Isto je kontradiktorno, ali se onda postavlja i pitanje što je sa situacijom kada postoji samo jedan zdravstveni tim u smjenskom radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1055	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>U masi ovih kazni ima nekih koje su šokantno nakaradne... nisam pravnik nego samo liječnik, pa možda ne tumačim dobro zakon, ali... 1. članak 246 pod 19. primi u radni odnos više zdravstvenih radnika iste struke (članak 54. stavak 3.) - znači li to da ako ja želim pružiti nadstandard i o svom trošku zaposlim još jednu medicinsku sestru ću biti kažnjena?!? 2. čl 246 pod 26. se ne odazove pozivu nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite (članak 64. stavak 2.) - ovo djeluje kao da mi dom zdravlja može odrediti da odrađujem još jednu ambulantu kad poželi, a u čl 64 stavak 2 na koji se poziva se govori o radu u izvanrednim okolnostima, katastrofama i sl? i još bi dodala komentar na već postojeći čl 47. zakona koji je na snazi - da privatni zdravstveni djelatnici ne smiju obavljati drugu slobodnu djelatnost??? Zašto ako obavljam svoj posao po svim propisima i pravilnicima i odradim redovno radno vrijeme ne bi smjela npr prodat koju svoju ruku? legalno jel eto recimo bavim se tom slobodnom djelatnošću tj hobbijem koji želim registrirati ili možda pečem torte i kolače u slobodno vrijeme? možda ja krivo shvaćam taj dio zakona, nadam se bar....</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1056	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Ovo je nevjerovatno! Da li i u jednoj drugoj struci osim zdravstvenoj postoji kažnjavanje privatnih radnika ako žele nešto raditi van svog punog radnog vremena? Zašto privatnik ne bi smio zaposliti drugog zdravstvenih radnika iste struke ? Kakve to veze ima sa pružanjem ili nepružanjem zdravstvene zaštite? To samo može poboljšati i unaprijediti zdravstvenu uslugu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1057	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Tolika netrepeljivost je prisutna prema privatnim zdravstvenim radnicima kao da ne pripadaju zdravstvenom sustavu i ne rade isti posao kao domski liječnici. Samo bi ih kažnjavali, a također su samo ljudi skloni bolestima, željni godišnjeg odmora i slobodnog vremena. Jedina razlika je što imaju slobodu, a uporno im se to želi oduzeti i sada još dodatnim novčanim kažnjavanjem.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1058	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Nakon dodavanja, u članak 64. Zakona, odredbe koja glasi: „ Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su na zahtjev nadležnog doma zdravlja sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene djelatnosti koju obavljaju sukladno članku 103. stavak 5. ovog Zakona.“ predvidjeti u prekršajnim odredbama Zakona novčanu kaznu privatnom zdravstvenom radniku koji počini prekršaj nepoštivajući takvu obvezu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1059	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47.</p> <p>Članak 242 je u potpunosti promašen i znak poraza za Zakonodavca i za predlagatelja jer svodi privatne zdravstvene radnike na razinu ispod Zakona o lječništvu i Zakona o zaštiti prava pacijenata pa i ispod samog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Gotovo ih kriminalizira. Čemu kazna po stavku 18 i 23? Zar privatnik ne smije biti bolestan ili na godišnjem odmoru? Čemu stavak 19? Zašto ne bi smio zaposliti više zdravstvenih radnika iste struke ako je privatnik? Kakve to veze ima sa pružanjem ili nepružanjem zdravstvene zaštite? Čemu stvak 20 - potpuno je nejasan? stavak 26 - nije ratno stanje - čini se protuustavno. Ovaj članak je znak nesposobnosti za učinkovitu i funkcionalnu organizaciju sustava zdravstvene zaštite prema modelu suradnje, profesionalnog i ugovornog odnosa. Sila, a ne uspješna koordinacija i organizacija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1060	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47. Zašto je članak 246 toliko bogat svim mogućim situacijama koje će biti sankcionirane kaznom? Stječe se dojam da su privatni zdravstveni djelatnici neka posebna vrsta ljudi koja je sklona kriminalu i kršenju pravila. Osobito želim skrenuti pozornost da je kazna predviđena i za situacije koje su nespojive sa kvalitetom rada - npr kada se zdravstvenog radnika (opet jednina) prisiljava na rad u specijalnom dežurstvu koje je smješteno u porstoru ispod standarda i koje nije opemljeno tehnički i informatički na način da se može neometano raditi. Čak i u toj situaciji zdravstveni djelatnik je kriv i biti će kažnjen a organizator ne snosi nikakvu odgovornost. Liječnicima koji su zaposelni u Domovima zdravlja i u bolnicama je DOZVOLJENO obavljati i druge djelatnosti (rad u drugoj zdravstvenoj ustanovi i obavljanje raznih drugih poslova) dok je liječniku "privatniku" propisana kazna ako radi još neki posao ili djelatnost. Ne daj bože da ima i neki hobi kojeg bi legalno prijavio a koji nema nikakve veze sa zdravstvom. Da li je ovo odraz neznanja zakonodavca da postoji život i izvan ordinacije? Ili je samo zla namjera? U svakom slučaju sama veličina ovog članka daje jasnu poruku - niste poželjni dio društva. Žalosno. Pa ovo društvo nas je školovalo. Ovo društvo je donijelo odluku o tome da želi privatne zdravstvene djelatnike, nismo mi iz zemlje iskočili i eto nas.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1061	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 47. Može li se napokon definirati plaćanje mentoriranja liječnicima mentorima? Velika većina kolega to radi besplatno iako ih to ometa i usporava u radu. Davnih dana je trebao biti donesen pravilnik pa nije, kao i za puno toga. Može li ministar biti novčano kažnjen ako ne donese pravilnike u roku 6-12 mj? Može li se definirati što je to standard, a što nadstandard?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1062	<p>Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 49. Dovoljno je samo brisanje ovog članka Zakona bez stavljanja zamjensko članka (Članak 50. ovih izmjena).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1063	<p>Danijela Daus-Šebek NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 49. Poštovani! Smatram da košarica usluga u PZZ nije definirana, i da je neprihvatljivo bilo kakvo kažnjavanje liječnika, pogotovo u PZZ. Sistematski pregledi, " paneli" u obiteljskoj medicini postoje, možda ih nadograditi. Lp</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1064	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 49. Brisani članak 268. zapravo je zamijenjen člankom 50. u prijelaznim i završnim odredbama. Članak 268. ovdje je mogao biti izmijenjen slijedom čega ne bi došlo do nelogičnosti u članku 63. ovog nacrtu prijedloga Zakona ili su pak odredbe istoga mogle biti uglavljene na kraju izmijenjenog članka 268., odnosno ukoliko želite članka 50. koji ga zamjenjuje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1065	<p>HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH BIOKEMIČARA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Članak 50. stavak 1. Izmjene Zakona odnose se na promjenu uvjeta za obavljanje privatne prakse u smislu povećanja duljine radnog odnosa u domu zdravlja s jedne godine na pet godina. Za pretpostaviti je da ove izmjene neće izazvati probleme u funkcioniranju primarne zdravstvene zaštite u većim sredinama, međutim smatramo da bi izmjene i dopune Zakona morale ići u smjeru poboljšanja pristupa PZZ u udaljenim i depriviranim područjima u kojima ova izmijenjena odredba može izazvati probleme. Upravo u tim područjima izražen je nedostatak medicinskih biokemičara i problem u dostupnosti laboratorijske dijagnostike. Primjer grada Makarske, turističkog središta, koji godinama nema medicinsko-biokemijski laboratorij zorno pokazuje kako je 27.000 stanovnika toga područja (a ljeti i višestruko većeg broja) upravo zbog nemogućnosti dobivanja dozvole za obavljanje privatne prakse ostalo bez medicinsko-biokemijskog laboratorija. Znatno je broj manjih gradova i općina s istovjetnim problemom ne samo u funkcioniranju i dostupnosti laboratorijske dijagnostike već i u funkcioniranju liječničkih ordinacija. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave u skladu s utvrđenim pravima i obvezama osiguravaju uvjete za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva, organiziraju i osiguravaju ostvarivanje zdravstvene zaštite na svom području a prema Zakonu o lokalnoj i područnoj (regionalnoj) samoupravi jedinice lokalne i područne samouprave u svom samoupravnom djelokrugu obavljaju poslove lokalnog i regionalnog značaja a od osobitog značaja je zdravstvena zaštita. Smatramo da lokalna i regionalna samouprava najbolje na svom području prepoznaje potrebe stanovništva vezno uz ostvarivanje zdravstvene zaštite. Stoga predlažemo da se lokalnoj i područnoj samoupravi i/ili Ministarstvu zdravstva izmjenama i dopunama Zakona regulira mogućnost da dodijeli pravo na obavljanje privatne prakse zdravstvenom radniku u udaljenim i depriviranim sredinama prije isteka pet godina radnog odnosa u domu zdravlja ako je to jedini način da se osigura dostupnost zdravstvene zaštite na primarnoj razini u laboratorijskoj dijagnostici, obiteljskoj medicini, zdravstvenoj zaštiti žena i djece te dentalnoj medicini.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1066	<p>Matica hrvatskih sindikata NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Predlažemo da se u članku 50. doda odredbu da se ugovor o radu zdravstvenog radnika u timu prenosi na novog poslodavca u neizmijenjenom obliku i opsegu dosadašnjih prava i obveza sukladno čl. 137. Zakona o radu. Obrazloženje: Činjenica je da se prilikom prelaska zdravstvenog radnika (liječnika) u ordinaciju radi obavljanja privatne prakse često od zdravstvenog radnika u timu – medicinske sestre, traži da ona raskine radni odnos s prethodnim poslodavcem iako medicinskoj sestri kao zaposlenici npr. doma zdravlja nije namjera raskinuti radni odnos s domom zdravlja, već joj je u postupku odlaska liječnika u ordinaciju obveza pratiti sudbinu tima. Naime, liječnik je u obvezi već kod podnošenja zahtjeva priložiti ugovor o radu medicinske sestre u timu ili izjavu o radu ovjerenu kod javnog bilježnika. Stoga smatramo da se u navedenom slučaju ne radi o prestanku radnog odnosa već o nastavku radnog odnosa, odnosno prenošenju ugovora o radu na novog poslodavca sukladno ranije navedenim odredbama Zakona o radu te da je isto potrebno jasno definirati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1067	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>U čl. 50. st.1. koji propisuje uvjete pod kojima zdravstveni radnici koji su u radnom odnosu u domu zdravlja mogu podnijeti zahtjev Ministarstvu zdravstva za izdavanje rješenja o obavljanju privatne prakse u ordinaciji, predloženi uvjet od najmanje posljednjih pet godina u radnom odnosu u domu zdravlja smatramo neprimjernim te predlažemo zadržati trenutni uvjet iz članka 268. ZZZ-a od najmanje posljednju godinu dana u radnom odnosu u domu zdravlja.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1068	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Ovaj članak zakona kojim se produžuje radni odnos u domu zdravlja na 5 godina kao uvjet za podnošenje zahtjeva za privatnu praksu izazvati još veći kadrovski deficit u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i devastaciju primarne zdravstvene zaštite</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen</p>

1069	<p>Ana Srnović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Predlažem da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Kao mladi liječnik u ambulanti obiteljske medicine ovaj prijedlog zakona smatram izrazito demotivirajućim, a želja mi je ostati u obiteljskoj medicini. Produžavanjem radnog odnosa pod domom zdravlja s 1 (iako već sada postoje brojni podzakonski akti županija koji su i tu jednu godinu povećali na 3 godine) na 5 godina, samo dolijevate ulje na vatru. Odlazak u privatnu praksu će također dodatno otežati micanje postotka minimalnog broja ordinacija u mreži javne zdravstvene zaštite pod domom zdravlja jer će se dati slobodne i odriješene ruke politički podobnim ljudima. Mladim liječnicima će obiteljska medicina biti još odbojnija jer još dulje vremena neće biti adekvatno plaćeni za isti posao koji odrađuju kao i kolege koje su uspjeli otići u privatnu praksu. Svakom liječniku treba dati na izbor što želi i kada želi (nakon godinu dana). U protivnom, srljamo ka propasti primarne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1070	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 50. Zdravstveni radnici koji su u radnom odnosu u domu zdravlja najmanje posljednjih pet godina i koji ispunjavaju uvjete za obavljanje privatne prakse iz članka 47. stavka 1. točaka 1. do 8. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) mogu podnijeti zahtjev Ministarstvu za izdavanje rješenja o obavljanju privatne prakse u ordinaciji sukladno članku 50. stavku 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) . Ovu odredbu izbrisati i omogućiti otvaranje privatne prakse svima koji žele raditi obiteljsku medicinu na takan način. Vremensko ograničavanje je nepotrebno.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1071	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. „(3) Zdravstveni radnici iz stavka 1. ovoga članka trebaju uvjet iz članka 47. stavka 1. točke 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) ispuniti danom početka obavljanja privatne prakse.“ Komentar: Riječi „točke 6.“ treba zamijeniti riječima: „točke 7.“ Riječ je o uvjetu iz članka 47. stavka 1. točke 7.: - da nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu djelatnost s danom početka obavljanja privatne prakse.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1072	<p>UDDaH - Udruga dentalnih doktora Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Mišljenja smo da čl. 268 , st.1. ZOZZ treba ostati neizmijenjen a dodatno je potrebno nadopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave da ne dođe do zlouporabe nametanjem viših cijena zakupa i najma opreme</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćen, vremenski uvjet ostaje neizmijenjen.</p>
1073	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Predlažem da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Produžavanjem radnog odnosa u domu zdravlja na 5 godina dodatno se destimulira rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti što će dovesti do potpune kadrovske devastacije.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1074	<p>Ivana Vidinović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Ne slažem se s ovim člankom zakona kojim se produžuje radni odnos u domu zdravlja na 5 godina; treba ga maknuti.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1075	<p>Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Dovoljno je samo brisanje članka 268. Zakona bez stavljanja zamjensko članka (Članak 50. ovih izmjena). Na ovaj način dolazimo do slovenskog modela privatnih ordinacija, tj. tko želi raditi u privatnoj ordinaciji privatnim sredstvima osigurava privatni prostor i privatnu opremu i natječe se za ugovor sa osiguravateljem.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1076	<p>BORNA ŠARIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Ovaj članak zakona kojim se produžuje radni odnos u domu zdravlja na 5 godina kao uvjet za podnošenje zahtjeva za privatnu praksu izazvati još veći kadrovski deficit u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i devastaciju primarne zdravstvene zaštite. Liječnicima treba olakšati, a ne otežati ulazak u koncesiju, tj privatnu praksu. Liječnicima u područjima s indeksom razvijenosti ispod 100, kao i u brdsko planinskom područjima te otocima, treba omogućiti ulazak u privatnu praksu s manjim brojem pacijenata.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćen, vremenski uvjet ostaje nepromijenjen.</p>
1077	<p>Adrijana Tomas NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Što točno predlagatelj misli dobiti prisilom na ostanak u DZ onih koji to ne žele? I zašto onda ograničenje na samo 5 godina, možda da im se oduzme i putovnica pa smo riješili problem dugoročnije?</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

1078	<p>Helena Pejić Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Potrebno je omogućiti slobodan izbor liječnicima u PZZ po kojem će modelu raditi. Tko hoće raditi kao privatna ugovorna Ordinacija, a tko kao zaposlenik doma zdravlja treba biti osobni izbor</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1079	<p>Vedrana Ćosić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Ovaj članak zakona kojim se produžuje radni odnos u domu zdravlja na 5 godina kao uvjet za podnošenje zahtjeva za privatnu praksu izazvati još veći kadrovski deficit u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i devastaciju primarne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1080	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Pet godina? baš poticajno...nek ljudi imaju pravo izbora ili izjednačiti liječnički posao i plaću za isto radno mjesto s istim obrazovanjem ili konačno ići u pravu reformu pa u potpunosti redefinirati ulogu doma zdravlja...</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1081	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Usvajanjem mog prijedloga u komentaru na članak 25. bi cijeli ovaj članak bio bespredmetan Kao podsjetnik prepisujem ponovno komentar: "Predlažem da se sve točke odredbe članka 25. izbrišu. Predlažem da se doda samo jedna točka koja glasi kako slijedi: Članak 103. mijenja se i glasi: 1. Ukidaju se domovi zdravlja." Obrazloženje: ukidanjem domova zdravlja svi obiteljski liječnici bi postali privatni ugovorni liječnici, direktno bi se dogovarao posao s osiguravateljem, država nebi imala obvezu sanirati troškove koje rade domovi zdravlja, ulaganjem u prostor i opremu ugovornih liječnika digla bi se razina kvalitete zdravstvene zaštite, smanjile liste čekanja, povećao bi se broj mladih liječnika u obiteljskoj medicini i doprinijelo bi svekolikom boljitku građana Republike Hrvatske. Jasno mi je da bi izgubili ravnatelji domova zdravlja, zmjenici ravnatelja, pomoćnici ravnatelja za raznorazna pitanja i gubljenje vremena i ostala prateća kamarila u administraciji domova zdravlja, ali mislim da je to manji problem nego potpuno uništenje obiteljske medicine koja nam se sprema usvajanjem navedenih točaka i "jačanjem" uloge Domova zdravlja, zapravo ravnatelja/politike.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1082	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Smatram da će ovaj članak zakona kojim se produžuje radni odnos u domu zdravlja na 5 godina kao uvjet za podnošenje zahtjeva za privatnu praksu izazvati još veći kadrovski deficit u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Osobito se to odnosi na "neatraktivne" i ruralne ambulante koje su godinama bez stalnog liječnika ("tzv. timovi bez nositelja") u kojima se liječnici izmjenjuju i rade tek nekoliko sati nakon što su odradili smjenu u svojoj ordinaciji. Kvaliteta skrbi u takvim ordinacijama je slabija i nedostatna, a prioritet zdravstvene reforme bi trebao biti bolja skrb. Lokalna samouprava i domovi zdravlja ovim produljenjem trajanja staža u domu zdravlja gube "alat" kojim mogu privući liječnike u takve neatraktivne ordinacije. Godinu dana rada u istoj ordinaciji, uz ispunjavanje ostalih do sad propisanih uvjeta je sasvim dovoljan kriterij za podnošenje zahtjeva za privatnu praksu. Prisilno zadržavanje liječnika u radnom odnosu u domovima zdravlja nema smisla već treba raditi na poboljšanju uvjeta rada zaposlenika domova zdravlja: omogućiti im specijalizaciju, edukaciju za specifične vještine (poput dijagnostičkog ultrazvuka, KMAT-a...), nagraditi ih za rezultate rada. Kako bi se osnažila obiteljska medicina treba liječnike i medicinske sestre osloboditi prekomjerne administracije (prebacivanjem dijela administrativnih poslova na zaposlenike HZZO-a i zapošljavanjem administratora u ordinacijama) i tako im omogućiti dovoljno vremena za bavljenjem medicinskim dijelom posla. Na taj način će se poboljšati skrb za pacijenta i imat ćemo bolje zdravstvene ishode.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1083	<p>ANJA VALENTIN JURLINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Svim liječnicima zaposlenima u domovima zdravlja nositeljima svojih timova treba odmah (bez vremenskog uvjeta od 5 godina) omogućiti slobodan izbor žele li raditi kao zaposlenici domova zdravlja ili kao privatni zdravstveni radnici.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1084	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Zakonodavac uporno ignorira sadašnje stanje i probleme koje su dosadašnje verzije zakona i brojni pravilnici kreirali. Aktualno stanje je da PZZ imamo ordinacije koje su u domu zdravlja i ordinacije koje su privatne/ugovorne. Za sve njih je koordinator aktivnosti dom zdravlja - to jasno piše i u ovom i u prethodnim verzijama zakona. Ono što je problem je jednostrano definirani odnos doma zdravlja kao predstavnika županije i privatnih ordinacija/djelatnika. Očekuje se da sve ordinacije submisivno rade kako se naloži a ignoriraju se Zakon o radu i svi drugi zakoni koji prave jasnu distinkciju među ordinacijama: domske i privatne. Davanjem ovlasti domovima zdravlja da upravljaju organizacijom rada i radnim vremenom privatnih ordinacija stvaraju se (namjerno ?) problemi privatnim zdravstvenim djelatnicima u odnosu sa uposlenicima u privatnim/ugovornim ordinacijama. Počevši od prekorača do osiguranja od ozljede na radu prilikom rada IZVAN ugovorene lokacije/ordinacije. Potrebno je na ravnopravnim osnovama ugovoriti odnose privatnih ordinacija i nadležnog doma zdravlja a kako bi se regulirale zakonske nedorečenosti i konflikti zakona - prije svega mislim na sukob sa Zakonom o radu. Tu je i potreba za osiguranjem kontinuiteta rada ordinacije u slučaju planiranih (godišnji odmor, stručno usavršavanje...) i neplaniranih (bolest, potreba člana obitelji za njegu, smrt člana uže obitelji...) izostabaka. Koliko se traži toliko bi se trebalo i ponuditi u tom odnosu (ordinacije - dom zdravlja) i to definirati ugovorom. Mislim da je to puno jednostavnije nego zakonom. Ali zakon mora otvoriti tu mogućnost, čak bih sugerirao da se to stavi kao obveza prema objema stranama. U jednom od prethodnih komentara sam pisao o osjećaju maćehinskog odnosa zakonodavca spram privatnih zdravstvenih djelatnika koje je sam kreirao. Doista je vrijeme da se to promijeni. Tko je htio zgrtati novce otišao je u privatni sektor. Mi smo dio javnog zdravstva sa posebno definiranim statusom - a prema odluci svih dosadašnjih ministara. Dozvolite nam da budemo punopravni dio tog sustava. O odnosu na propisane kriterije za izlazak iz doma zdravlja - sve ovo pada u vodu i trošak je tinte na papiru ako ravnatelj i/ili župan imaju diskrecijsko pravo odobrenja, bez obrazloženja i bez kriterija. Posve je moguće da nepodobnom liječniku koji je zaposlenik doma zdravlja 10 i više godina ne odobre odlazak a nekom tko je podobniji odobre odmah nakon propisanog roka od pet godina. Jedna, tri, pet ili deset godina koliko ste propisali u biti ne znače ništa. Što je sa opcijom izlaska iz doma zdravlja i ugovaranja rada (privatne zdravstvene ordinacije) iz prostora koji NIJE u vlasništvu doma zdravlja? Čini se da takva opcija ne postoji. Propust (namjerno ?) zakonodavca ili ignoriranje aktualnog stanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
------	---	---

1085	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Obiteljskim liječnicima treba izjednačiti koeficijent plaća, raspisati specijalizacije, opremiti ambulante, u ruralnim, otočkim i sličnim područjima aktivirati lokalnu zajednicu da omogući dodatne pogodnosti liječnicima i sestrama kako bi ih privukli na rad u te sredine, omogućiti obiteljskim liječnicima akademsko napredovanje i zapošljavanje na fakultetima na jednaki način kao što je omogućeno bolničcima, omogućiti svakom liječniku doma zdravlja bez obzira na postotke, godine provedene u dz odlazak u privatnu praksu ako to želi. Jednom riječju učiniti - SVE što je moguće kako bi se zadržalo mlade u obiteljskoj medicini. Vi lupate toljagom po deficitarnom kadru.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1086	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Predlažem da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Svakome se treba omogućiti izbor želi li raditi u DZ ili otići u privatnike bez obzira na godine rada. Ako se mlade doktore bude prisiljavalo na rad u DZ najmanje 5 godina, i oni koji su željeli ostati i raditi u obiteljskoj će pobjeći.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1087	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. HUUGO stavak 1NE mjenjati! ostaviti uvjet od 1 g u radnom odnosu u domu zdravlja kao uvjet za omogućavanje traženja statusa ugovorne ordinacije. To je jedini put za spas PZZ . Usvoji li se ovih 5 g to će dodatno otjerati mladi kadar.....</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1088	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Mišljenja sam da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti treba ostati neizmijenjen. Obaveza rada u domu zdravlja minimalno pet godina kao uvjet za podnošenje zahtjeva za rad u privatnoj praksi, učiniti će rad u PZZ još manje poželjnim.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1089	<p>Jurica Vidović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Smatram da je novi prijedlog kojim se prisiljava liječnike da ako žele u privatnu praksu moraju raditi minimalno pet godina za DZ doprinosi daljnjoj devastaciji PZZ. Svi smo svjesni problema da mladi liječnici ne žele raditi u primarnoj a ovim potezom bit će još manji priljev što u konačnici dovodi do propasti obiteljske medicine.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

1090	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Smatram da svakom liječniku treba ostaviti slobodan izbor da li će biti djelatnik Doma zdravlja ili će obavljati privatnu praksu. Takav slobodan izbor treba biti dostupan odmah. U suprotnom, obaveza rada pod Domom zdravlja kroz 5 godina, samo će još više smanjiti već ionako malu atraktivnost obiteljske medicine tek diplomiranim liječnicima.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćen, vremenski uvjet ostaje nepromijenjen.</p>
1091	<p>Tatjana Polgar Pavošević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Predlažem da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Treba dozvoliti liječnicima da sami odaberu žele li ostati raditi u DZ-u ili ići raditi u privatnu praksu. U protivnom ćemo izgubiti veliki broj mladih i školovanih liječnika koji se neće zadovoljiti cijeli radni vijek raditi za manju plaću i lošije uvjete od kolega koji su imali sreće pa na vrijeme otišli u privatnu praksu.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

1092	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Predlažemo da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Prije svega KoHOM ističe da ova odredba koja regulira prelazak domskih liječnika u privatnu praksu praktički ostaje bez ikakvog učinka, s obzirom na prijedlog za izmjenu članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se daje ovlast osnivačima domova zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite te na taj način onemogućiti bilo kojeg domskog liječnika u ostvarivanju svojih prava iz ovog članka zakona. Dakle, bez obzira, da li domski liječnik ima godinu dana staža (što je uvjet po postojećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) ili pet godina radnog staža po ovom prijedlogu, ishod u slučaju traženja prelaska u privatnu praksu će biti isti, negativan, iz jednostavnog razloga što domovi zdravlja više neće biti limitirani po broju timova u pojedinoj djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Izmjenom ove odredbe i odredbe članka 103. st. 4. liječnicima se ostavlja izbor, ili nastavak rad u domovima zdravlja ili odlazak u inozemstvo, a strahujemo da će potonja opcija biti sve učestalija. Brojke o mladim liječnicima koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja što će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. U prilog našim navodima iznosimo još jednom statističke podatke HLK (http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/) Isto tako KoHOM predlaže dopuniti ovu odredbu novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“ Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1093	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Treba dozvoliti da liječnici sami odluče hoće li ostati u DZ-u ili će ići u privatnu praksu, a ne ih ograničavati da moraju biti u DZ-u 5 godina. Ne vidim da se ijedan privatnik vratio pod DZ, a svi streme ka privatnoj ordinaciji jer sami upravljaju svojim resursima, ulažu u kvalitetne uređaje, lijekove, edukacije što nije slučaj kada rade u DZ-u.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

1094	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>U postojećem Zakonu čl. 103, st. 3. glasi "Dom zdravlja obvezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija." U prijedlogu izmjene zakona ta odredba ne postoji. Time je ostavljeno diskrecijsko pravo ravnateljima domova zdravlja i lokalnoj samoupravi hoće li ili ne nekome dozvoliti odlazak u privatnu praksu. Jasna je intencija iz pojedinih interesnih krugova da se što veći broj privatnih ordinacija vrati u okrilje domova zdravlja, a ova odredba o 25% se i po postojećem zakonu krši, bez ikakvih sankcija za domove zdravlja ili lokalnu samoupravu. Na ovaj način se ukida možda i jedini stimulativni element za mlade liječnike koji bi željeli raditi u obiteljskoj medicini, a to je mogućnost da nekad nastave raditi u privatnoj praksi, te će sigurno pridonijeti da mladi liječnici u širokom luku zaobilaze primarnu zdravstvenu zaštitu koja je već inako pred slomom. Isti učinak će imati i promjena odredbe s 1 godine na 5 godina staža u domu zdravlja, jer većina liječnika neće imati toliko strpljenja obzirom na svu ostalu ponudu radnih mjesta, pogotovo ako im nakon tog perioda odlazak u privatnu praksu ne bude zajamčen. Ukoliko ovaj prijedlog izmjena i dopuna zakona doista želi ojačati PZZ, onda bi jedna od odredbi trebala biti da se omogući svakome tko to želi odlazak u privatnu praksu. Time će se omogućiti popunjenost ambulanti, dugotrajna i kontinuirana skrb za pacijente, kao i zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika (pogotovo onih koji više rade, a plaćeni su jednako u DZ), što su preduvjeti za dugoročno i kvalitetno pružanje zdravstvene skrbi. Napominjem da odlazak u privatnu praksu ne donosi nikakve dodatne troškove za zdravstveni sustav, a da će gubitak osjetiti jedino domovi zdravlja koji trenutno obilato iskorištavaju svoje zdravstvene djelatnike koji pokrivaju po nekoliko radilišta istovremeno bez ikakve opipljive naknade, a prihode ordinacija (koje DZ ne bi trebali niti dobiti, jer ne osiguravaju zdravstvenu zaštitu na način kako je to definirano ugovorom s HZZO) raspoređuju na druge potrebe i samo se mali dio toga vraća u matičnu djelatnost radi poboljšanja uvjeta rada, proširivanja spektra usluga ili poboljšanja kvalitete. Time bi i domovi zdravlja morali postati konkurentniji, raditi na stimuliranju djelatnika, pojačati ponudu specijalističkih i dijagnostičkih usluga, te se orijentirati na ono što potpunom zdravstvenom sustavu nasušno nedostaje, a to je preventivni i edukativni rad s pacijentima. Činjenica da se u pravilu nitko iz privatne prakse ne vraća u Dom zdravlja trebala bi govoriti sama za sebe!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
------	--	---

1095	<p>Darja Nelken-Bestvina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Domovima zdravlja bi trebalo biti u interesu da što veći broj ordinacija budu privatne prakse jer su takve ordinacije motiviranije za ulaganje u prostor, opremu i edukaciju. Svi privatni liječnici obiteljske medicine redovito podmiruju svoje financijske obaveze</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1096	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. S obzirom da je novim člankom 103. stavak 4. određeno kako je dom zdravlja obvezan osigurati broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. istog članka sukladno odluci osnivača a kojom se moraju odrediti i kriteriji po kojima će zdravstvenim radnicima koji su u radnom odnosu u domu zdravlja iz ovog članka upravno vijeće odobriti zakup poslovnog prostora radi prelaska u privatnu praksu sve kako bi se stvorili uvjeti za zadržavanje broja ordinacija koje je odlukom osnivač odredio- potrebno je urediti stavke 4. i 6. na način da Upravno vijeće odlučuje o zahtjevu zdravstvenog radnika i sukladno odluci osnivača iz članka 103. stavak 4. Zakona. Odlukom osnivača o broju ordinacija i njome uređeni kriteriji su mjerilo po kojemu skupština županije daje suglasnost na odluku upravnog vijeća doma zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1097	<p>VLATKA PLEH NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Smatram da će ovaj članak zakona kojim se produžuje radni odnos u domu zdravlja na 5 godina kao uvjet za podnošenje zahtjeva za privatnu praksu izazvati još veći kadrovski deficit u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Osobito se to odnosi na "neatraktivne" i ruralne ambulante koje su godinama bez stalnog liječnika ("tzv. timovi bez nositelja") u kojima se liječnici izmjenjuju i rade tek nekoliko sati nakon što su odradili smjenu u svojoj ordinaciji. Kvaliteta skrbi u takvim ordinacijama je slabija i nedostatna, a prioritet zdravstvene reforme bi trebao biti bolja skrb. Lokalna samouprava i domovi zdravlja ovim produljenjem trajanja staža u domu zdravlja gube "alat" kojim mogu privući liječnike u takve neatraktivne ordinacije. Godinu dana rada u istoj ordinaciji, uz ispunjavanje ostalih do sad propisanih uvjeta je sasvim dovoljan kriterij za podnošenje zahtjeva za privatnu praksu. Prisilno zadržavanje liječnika u radnom odnosu u domovima zdravlja nema smisla već treba raditi na poboljšanju uvjeta rada zaposlenika domova zdravlja: omogućiti im specijalizaciju, edukaciju za specifične vještine (poput dijagnostičkog ultrazvuka, KMAT-a...), nagraditi ih za rezultate rada. Kako bi se osnažila obiteljska medicina treba liječnike i medicinske sestre osloboditi prekomjerne administracije (prebacivanjem dijela administrativnih poslova na zaposlenike HZZO-a i zapošljavanjem administratora u ordinacijama) i tako im omogućiti dovoljno vremena za bavljenjem medicinskim dijelom posla. Na taj način će se poboljšati skrb za pacijenta i imat ćemo bolje zdravstvene ishode.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1098	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50.</p> <p>Svim liječnicima zaposlenima u domovima zdravlja nositeljima svojih timova treba odmah (bez vremenskog uvjeta od 5 godina) omogućiti slobodan izbor žele li raditi kao zaposlenici domova zdravlja ili kao privatni zdravstveni radnici. Načelno pozdravljam micanje odredbe o "do 25%" ordinacija koje domovi zdravlja mogu zadržati pod svojim okriljem, ako to znači da će svi koji to žele moći otići u privatnu praksu kada ispune zakonske uvjete. A da bi tome doista i bilo tako treba jasno definirati da upravno vijeće doma zdravlja i predstavničko tijelo jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba mora dati suglasnost za odlazak u privatnu praksu svim zdravstvenim radnicima koji ispunjavaju zakonom propisane uvjete. U protivnom, ako se zakonom jasno ne propiše njihova obaveza davanja suglasnosti onima koji ispunjavaju uvjete, ovo micanje odredbe o zadržavanju "do 25%" ordinacija pod domom zdravlja rezultirati će uskraćivanjem odlaska u privatnu praksu većini liječnika, a budući da više neće biti zakonom propisanog maksimuma ordinacija pod domovima zdravlja iznad kojega ti isti domovi zdravlja ne smiju uskratiti liječnicima suglasnost za odlazak u privatnu praksu.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćen, vremenski uvjet ostaje nepromijenjen.</p>

1099	<p>Juraj Pavlič NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Pustite ljude da sami odluče hoće li biti privatna Ordinacija ili biti u ustroju Doma zdravlja. Većina želi izaći iz okvira Doma zdravlja i ako to nije dovoljno jasan znak kako je raditi u Domu zdravlja gdje netko tko ne zna način rada u ordinacijama odlučuje umjesto liječnika koji radi u toj ordinaciji onda ne znam kako dodatno naglasiti problematiku.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćen, vremenski uvjet ostaje nepromijenjen.</p>
1100	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Smatram, da svaki liječnik treba moći samostalno odlučiti želi li raditi za ustanovi ili biti privatnik. Uvjet o radnom odnosu u domu zdravlja u trajanju od 5 godina prije obavljanja privatne prakse, po meni nema nikakvog smisla, jer se time ne postiže bolja kvaliteta zdravstvene zaštite, niti strukovni napredak.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1101	<p>Ivana Vidinović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Liječnici trebaju biti u mogućnosti sami odlučiti po kojem modelu žele raditi - u privatnoj praksi ili pod domom zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1102	<p>Nataša Halusek NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Podržavam ovaj prijedlog kod kojeg bi se nakon pet godina provedenih kao zaposlenik doma zdravlja doktorima omogućilo pravo izbora žele li tamo i ostati. Slažem se sa problematikom navedenom u prethodnim komentarima te smatram da je dosadašnji zakon, gdje nemaš mogućnost odmaka zato jer si u 25%, izuzetno diskriminirajuć. Trenutna situacija se doslovno svodi na to da čekaš da netko od kolega ode u mirovinu. Na taj način u nekim županijama, ovisno o popunjenosti mreže, neki mogu obavljati privatnu praksu odmah, a neki na žalost ni za deset godina. Strašno nepravedno i obeshrabrujuće.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1103	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Potrebno je omogućiti slobodan izbor liječnicima u PZZ po kojem će modelu raditi i nastaviti svoj profesionalni put i razvoj. Tko hoće raditi kao privatna ugovorna Ordinacija, a tko kao zaposlenik doma zdravlja treba biti osobni izbor. Domovi zdravlja bi tako bili motivirani poboljšavati uvjete rada i uvoditi stimulativne elemente radi privlačenja novih liječnika i med. sestara u PZZ, biti konkurentni na tržištu rada, a liječnici bi bili u mogućnosti vlastitim radom utjecati na svoj život, edukaciju i primanja. Ovo što se sada predlaže, vraćanje je unazad. Rad u domu zdravlja je rad za nisku plaću, uglavnom loše uvjete i uranilovku koja vodi ravno u propast. Društvo se promijenilo i potrebno je tu činjenicu poštivati.</p>	<p>Djelomično prihvaćen Djelomično prihvaćen, vremenski uvjet ostaje nepromijenjen.</p>

1104	<p>Alenka Pezo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Smatram da je potrebno definirati i rok u kojem će Ravnatelj doma zdravlja ponuditi zdravstvenom radniku Ugovor o zakupu poslovnog prostora, nakon što predstavničko tijelo jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba dalo suglasnost na odluku Upravnog vijeća doma zdravlja. Zakon obvezuje Upravno vijeće da donese odluku u roku od 60 dana, ali ne definira u kojem roku Ravnatelj tu odluku mora provesti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1105	<p>Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Smatramo da se bez prethodne pozitivne odluke osnivača ne može uputiti zahtjev ministarstvu za izdavanje rješenja o obavljanju privatne prakse.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1106	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 50. Znači li to da više nema postotka broja ordinacija koje moraju ostati u DZ-u? Dakle, svatko tko ima uvjete može raditi privatno? Jer to bi bilo odlično. Mnogi kolege se ne osjećaju dovoljno kompetentnima ili nisu motivirani raditi kao privatnici te unatoč uvjetima ostaju raditi u DZ. S druge strane, mnogi drugi liječnici su motivirani raditi privatno jer im to omogućuje različite edukacije i opremanje ambulante. Za to isto DZ najčešće "nema novaca" iako se uvijek nekako nađe novaca za kompletno novi namještaj svake 4 godine kako se mijenja upravljačka garnitura. U DZ-u smo ograničeni mjesečnim limitima za naručivanje lijekova i medicinskih materijala, često ih ili uopće ne dobijemo ili ih ne dobijemo na vrijeme, ne možemo utjecati na njihovu kvalitetu... Ne daj Bože da bi netko htio tečaj ultrazvuka, akupunkture, malih kirurških zahvata... ili još gore - doktorat! Nema toga u DZ-u.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1107	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 52. Članak 52, koji se odnosi na čl.261, kaže: "Zdravstveni radnici iz članka 261. stavaka 1. i 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) nastavljaju rad u privatnoj praksi zakupom najkasnije do navršenih 65 godina života." Predlažem: Članak 52 mijenja se i glasi: „Zdravstveni radnici iz članka 261. stavaka 1. i 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) nastavljaju rad u privatnoj praksi zakupom najkasnije do navršenih 68 godina života. Prije umirovljenja zdravstveni djelatnici u privatnoj praksi mogu zaposliti doktora medicine/ specijalistu obiteljske medicine koji bi nastavio raditi nakon umirovljenja zdravstvenog djelatnika kojeg nasljeđuju“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1108	<p>UDDaH - Udruga dentalnih doktora Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 52. Predložemo da se rad u privatnoj praksi zakupom omogući najkasnije do navršenih 68 g.života</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1109	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 52. čemu ograničavanje na 65 godina? ako netko želi i može raditi dulje, iako je teško povjerovati da još postoje takvi entuzijasti u hrvatskom zdravstvenom sustavu... nije da 100 mladih liječnika jedva čeka na njegovo mjesto...</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1110	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 53. Potrebno je korigirati rok u stavku 3. ovog članka, jer rok osnivaču za uskladu poslovanja općih bolnica s člankom 114. ne može biti dvije godine, ako sukladno članku 64. ovog nacrtu prijedloga Zakona dana 1. siječnja 2024. godine osnivač opće bolnice prestaje biti županija a postaje Republika Hrvatska.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1111	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 54. U članku 53. stavku 1. nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona utvrđeno je da su zdravstvene ustanove obvezne uskladiti svoj rad i poslovanje s odredbama ovoga Zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona. U navedenom roku od šest mjeseci je potrebno izraditi izmjene i dopune statuta navedenih zdravstvenih ustanova kojima se utvrđuje sastav Upravnog vijeća te je navedeni rok potrebno uskladiti s rokom imenovanja članova upravnih vijeća kako bi se izbjegla situacija da rok za imenovanje novih članova upravnog vijeća bude kraći od roka za izmjene Statuta s obzirom da je prvo potrebno uskladiti statute s odredbama novog Zakona, a tek onda imenovati članove upravnog vijeća u skladu s odredbama Zakona i statuta.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1112	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 54. U novom članku 83. stavak 5. predstavnik Republike Hrvatske imenuje se i u upravno vijeće bolničke zdravstvene ustanove koju osniva županija, stoga je potrebno dopuniti članak 54.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1113	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 57. Kao što su rekli kolege, gdje je kaznena odgovornost za političke aktere formiranja zdravstvene politike?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1114	<p>Vitomir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 57. Bolna točka ministara zdravstva do sada je bila izvršavanje obveza donošenja podzakonskih akata na osnovu zakona. Primjer su 3 pravilnika koji je ministar zdravstva bio obvezan uz suglasnost ministra nadležnog za rad donijeti u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu Zakona o zaštiti na radu. Danas je proteklo više od 8 godina pravilnika još nema !!! Tko je odgovoran, netko je plaćen da radi taj dio posla, tko kontrolira izvršenje obveza. Dakle, i ovdje je određen rok ,dali će se ispoštovati ili će ministri predavati "štafetnu palicu" bez promjene i učinka ?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1115	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 57. A gdje je propisana kazna za nepoštivanje ovog članka, kao što su pobrojene kazne za sve ostale dionike zdravstvenog sustava?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1116	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 57. S obzirom da se spominju velike novčane kazne za liječnike i pacijente, bilo bi fer da istima budu podložni i ministri ukoliko ne donesu pravilnike u roku od 6 mj. Ajmo svi biti jednako odgovorni.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1117	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 58. U nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona propušteno je navesti rok za donošenje Mreže javne zdravstvene službe.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1118	<p>Koprivničko-križevačka županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 58. Što se tiče mreže timova hitne medicinske službe svakako predlažemo da se TIM 2 ispostave Križevci i TIM 2 ispostave Đurđevac, a koji su nadstandardno financirani od strane osnivača, uvrste u redovnu mrežu timova hitne medicinske službe financiranih od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1119	<p>Krapinsko-zagorska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 59.</p> <p>Krapinsko-zagorska županija više je puta upućivala dopise i apelirala na važnost donošenja nove Mreže hitne medicine. Sukladno važećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, nova Mreža hitne medicine trebala je biti donesena do 30. lipnja 2019. godine. Tri godine kasnije, to još uvijek nije učinjeno. Predloženim Izmjenama u članku 58. definiran je rok od još 12 mjeseci od dana stupanja na snagu ovog Zakona za donošenje nove Mreže hitne medicine i sanitetskog prijevoza. Istovremeno, za sve ostale podzakonske akte ostavljen je kraći rok od 6 mjeseci, što je i uobičajen rok za donošenje novih mreža. Smatramo da odgađanje donošenja nove Mreže hitne medicine neopravdano dugo traje. U međuvremenu, Krapinsko-zagorska županija i dalje financira po dva tima T1 u Klanjcu i Konjščini iz vlastitih sredstava. Godišnji iznos potreban za financiranje ovih timova sad je već gotovo 3 milijuna kuna, a sveukupno je izdvojeno oko 16 milijuna kuna iz Županijskog proračuna tijekom proteklih godina. Jedino na taj način, svim stanovnicima Krapinsko-zagorske županije, možemo osigurati jednaku dostupnost hitne medicinske pomoći, odnosno jednake šanse za preživljavanje. Mišljenja smo da bi ovakav vid medicinske skrbi morao biti financiran putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Krapinsko-zagorska županija sredstva, koja je dosad doznala za hitnu medicinsku pomoć, ima namjeru usmjeriti u druge segmente zdravstvene zaštite, prije svega u primarnu zdravstvenu zaštitu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1120	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 62.</p> <p>Članak 63, stavak 2. Predlažem: Stavak 2) mijenja se i glasi: (2) Ako zdravstvenom radniku iz stavka 1. ovoga članka, prestane pravo na obavljanje privatne prakse, a nema zaposlenog doktora medicine/ specijalistu obiteljske medicine koji bi nastavio raditi nakon umirovljenja zdravstvenog djelatnika kojeg nasljeđuju (iz članka 52), ugovori o radu zdravstvenih radnika u timu tog zdravstvenog radnika prenose se na dom zdravlja kao prethodnog poslodavca radnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1121	<p>ZU LJEKARNA SLAVONSKI BROD NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 62.</p> <p>Ovim putem Vam ukazujemo na problematiku primjene čl. 62. Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("prijedlog zakona"), jer u samom čl. 62. prijedloga zakona dolazi do kolizije prava i obveza ljekarničkih zdravstvenih ustanova, i to u st. 1. i st. 4. istoga članka, i to na način da se u čl. 62. st. 1. i u čl. 62. st. 4. prava i obveze ljekarničkih zdravstvenih ustanova u bitnome razlikuju, a što posljedično znači da je isti taj članak kontradiktoran samome sebi, a što rezultira pravnom nesigurnošću. Naime, u čl. 62. st. 1. prijedloga zakona se nalaže obveza ljekarničkim zdravstvenim ustanovama da nastave s obavljanjem</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

ljekarničke djelatnosti i to po vraćanju prostora i opreme, a koja ljekarnička zdravstvena ustanova nastavlja s obavljanjem ljekarničke djelatnosti, a što je u cijelosti ispravno jer se u stvarnosti radi o nekretninama u vlasništvu zdravstvenih ustanova. Za razliku od naprijed navedenog, čl. 62. st. 4. prijedloga zakona daje pravo ljekarničkoj zdravstvenoj ustanovi obavljati zdravstvenu djelatnost u prostoru koji je jasno naveden u čl. 62. st. 1. i to na temelju rješenja nadležnog Ministarstva. Dakle, jasna je problematika st. 1 i st. 4. istoga čl. 62., jer čl. 62. st.1. daje ex lege obvezu ljekarničkoj zdravstvenoj djelatnosti da nastavlja s djelatnošću nakon što joj se vrati prostor i oprema, a u čl. 62. st. 4. se istoj toj ustanovi daje mogućnost i pravo da nastavi s obavljanjem djelatnosti i to na temelju rješenja nadležnog Ministarstva, a što je u cijelosti kontradiktorno, nelogično i u praksi neprovedivo i neizvedivo. Dakle, istim člankom u st.1. je dana obveza ex lege odnosno na temelju zakona (čl. 62. st. 1.) ljekarnama da nastavljaju obavljati djelatnost u svom prostoru, što je i logično dok u st. 4. je dano pravo ljekarni da može (znači i ne mora) na temelju odluke nadležnog Ministarstva (čl. 62. st. 4.) nastaviti obavljati djelatnost. Dakle, ne može se istim zakonom, a još manje istim člankom, o jednom te istom pravu odnosno o jednoj te istoj obvezi uređivati na temelju različitih pravnih osnova jer opetovano st.1 čl. 62. uređuje "na temelju zakona" dok st.4. istog članka uređuje na temelju "odluke Ministarstva". Dakle, svaki pravni institut, osobito u pogledu obveza i prava mora biti jasno uređen i nedvojbjen. Dakle, obraćam se naslovljenom tijelu u cilju uklanjanja i ispravljanja nejasnoća i dvojbi u čl. 62. prijedloga zakona, i da se uklone naprijed navedene kontradiktornosti jer se istima u stvarnosti osujećuju prava i obveze ljekarničkih zdravstvenih ustanova, uslijed čega se predlaže naslovljenom tijelu da se u prijedlogu zakona u čl. 62. jasno i decidirano propišu obveze ljekarničke zdravstvene ustanove na način da ista po sili zakona nastavlja s obavljanjem djelatnosti, a o čemu nadležno Ministarstvo deklaratorno donosi rješenje. Dakle, predlaže se da čl. 62. st. 1. glasi: „U slučaju prestanka rada svih zdravstvenih radnika iz članka 261. stavaka 1. 2. i 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) koji su zdravstvenu djelatnost nastavili obavljati u privatnoj praksi u ordinaciji odnosno u privatnoj praksi u skladu s člankom 46. stavkom 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22), na temelju odluke Upravnog vijeća doma zdravlja ili ljekarničke zdravstvene ustanove o zakupu poslovnog prostora odnosno na osnovi zakupa prostora koji je u vlasništvu doma zdravlja ili ljekarničke zdravstvene ustanove odnosno u prostoru s kojim dom zdravlja ili ljekarnička zdravstvena ustanova raspolažu temeljem valjanog dokaza o raspolaganju prostorom, prostor i oprema vraćaju se domu zdravlja odnosno ljekarničkoj zdravstvenoj ustanovi koji nastavljaju obavljati ljekarničku djelatnost.“ Također, predlaže se da čl. 62. st. 4. glasi: "Dom zdravlja odnosno ljekarnička zdravstvena ustanova nastavlja obavljati zdravstvenu djelatnost u prostoru iz stavka 1. ovoga

članka na temelju rješenja Ministarstva." Ljubazno se moli da se ove sugestije usvoje, obzirom da sadašnji čl. 62. prijedloga zakona je u kontradiktornost samome sebi, i to ne samo teorijski već je najveća problematika provođenja takve odredbe u praksi, jer je ista neprovediva uslijed čega postoji bojazan da ista ne samo da se neće moći provoditi, već će u provođenju jedne te iste odredbe jednog te istog zakona postojati različitosti i proturječnosti i to na način da ista ustanova na temelju iste odredbe ima prava i ima i obvezu nastaviti s obavljanjem djelatnosti, a što je nelogično i nemoguće da se ustanovi nameće istovremeno "obveza nastavljanja" i "pravo biranja nastavljanja" s obavljanjem djelatnosti jer to isključuje jedno drugo. Također, problematika u čl. 61. je ta što nisu usuglašeni zakonski termini sa ostatkom Zakona kao i prijedlogom zakona, uslijed čega se ljubazno moli naslovljeno tijelo da ove izmjene uzme u obzir kako u praksi i u primjeni zakona ne bi došlo do konfuzije, obzirom da je sada predložena zakonska terminologija obavljanja privatne prakse u ordinaciji. Podsjeća se da je zakonska osnova uvijek jača pa se u tom duhu i predložila naprijed navedena izmjena. Dakle, u najboljem interesu svih zdravstvenih ustanova, te pravnoj sigurnosti građana i što dosljednijom primjenom zakona i ostalih prisilnih propisa Republike Hrvatske, predlaže se da se usvoji ovaj prijedlog izmjena zakona na način kako je naprijed navedeno.

1122 **Ivan Tucić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 62.

Predlaže se izmjena članka 62. st.1. tako da isti glasi: "U slučaju prestanka rada svih zdravstvenih radnika iz članka 261. stavaka 1 . 2. i 6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) koji su zdravstvenu djelatnost nastavili obavljati u privatnoj praksi u ordinaciji odnosno u privatnoj praksi u skladu s člankom 46. stavkom 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22), na temelju odluke Upravnog vijeća doma zdravlja ili ljekarničke zdravstvene ustanove o zakupu poslovnog prostora odnosno na osnovi zakupa prostora koji je u vlasništvu doma zdravlja ili ljekarničke zdravstvene ustanove odnosno u prostoru s kojim dom zdravlja ili ljekarnička zdravstvena ustanova raspolažu temeljem valjanog dokaza o raspolaganju prostorom, prostor i oprema vraćaju se domu zdravlja odnosno ljekarničkoj zdravstvenoj ustanovi koji nastavljaju obavljati ljekarničku djelatnost.“ Također, predlaže se da čl. 62. st. 4. glasi: "Dom zdravlja odnosno ljekarnička zdravstvena ustanova nastavlja obavljati zdravstvenu djelatnost u prostoru iz stavka 1. ovoga članka na temelju rješenja Ministarstva."

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

1123	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 62. Predložemo izmjenu tako da članak 62. stavak 1. glasi: „(1) U slučaju prestanka rada svih zdravstvenih radnika iz članka 261. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22) koji su zdravstvenu djelatnost nastavili obavljati u privatnoj praksi u skladu s člankom 46. stavkom 2. i stavkom 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 100/18, 125/19, 147/20 i 119/22), na osnovi zakupa prostora koji je u vlasništvu doma zdravlja ili ljekarničke zdravstvene ustanove odnosno u prostoru s kojim dom zdravlja ili ljekarnička zdravstvena ustanova raspolažu temeljem valjanog dokaza o raspolaganju prostorom, prostor i oprema vraćaju se domu zdravlja odnosno ljekarničkoj zdravstvenoj ustanovi koji nastavljaju obavljati istu djelatnost.“ Komentar: Ovom izmjenom predložemo reguliranje svih oblika preoblikovanja tijekom godina te povratak obavljanja zdravstvene djelatnosti u domove zdravlja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1124	<p>Hrvatska ljekarnička komora NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 62. Članak 62. Predlaže se u članku 62. stavku 2. brisati riječi: - “za najviše mjesec dana“ Obrazloženje: Mjesec dana je premalo vremensko razdoblje, svaka ljekarna ima zalihe za više od mjesec dana. Dodatno, to je neodređena odredba odnosno mjera količine koja za svaku ljekarnu znači drugačije što unosi neodređenost, nesigurnost i neravnopravnost u pravni poredak. Također, to je stvar ugovornog odnosa između ljekarne i doma zdravlja odnosno ljekarničke zdravstvene ustanove koji sklapaju ugovor o otkupu. Zato predložemo brisati riječi „za najviše mjesec dana“.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
1125	<p>Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 62. Smatramo da je nepotrebno ponovno ishoditi rješenje Ministarstva kako je to navedeno u stavku 4. jer se samo nastavlja dotadašnja djelatnost sukladno mreži i ugovoru sa HZZO-m.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1126	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 63. Na kraju stavka 1. ovog članka potrebno je dodati riječi: „koji nastavlja obavljati istu djelatnost“, tako da s članak 63. stavak 1. glasi: „U slučaju prestanka rada zdravstvenog radnika iz članka 268. stavka 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 100/18), i članka 49. ovoga Zakona prostor i oprema vraćaju se domu zdravlja, koji nastavlja obavljati istu djelatnost“ .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1127	<p>Ana Posavec Andrić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 63. svakako sam za zakonsku mogućnost prijenosa ambulante na drugog liječnika, uz zadovoljavanje naravno svih potrebnih uvjeta, ne vidim razlog zašto bi tu morao biti dom zdravlja onaj ko preuzima ordinaciju, također ako sestra ranije nije bila zaposlenik doma zdravlja znači da će dobiti otkaz?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1128	<p>Hrvatska komora medicinskih sestara NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 63. U stavku 2. potrebno je brisati riječi: "kao prethodnog poslodavca radnika" Obrazloženje: Medicinska sestra koja je radila kod poslodavca u privatnoj praksi na ovaj način ostaje bez radnog mjesta, ako joj prethodni poslodavac nije bio Dom zdravlja. Ovo držimo neprihvatljivim obzirom da je medicinska sestra radila u javnoj službi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1129	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 63. Člankom 49. ovog Zakona članak 268. je obrisano, stroga ova odredba ne postoji. Vjerojatno se misli na prestanak rada zdravstvenih radnika iz članka 50. u prijelaznim i završnim odredbama ovog nacrtu prijedloga Zakona. Potrebno je korigirati ovaj članak.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1130	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 63. Uvesti u članak 63, st.3 - u slučaju prestanka prava na obavljanje privatne prakse omogućiti zdravstvenom radniku prijenos ordinacije na drugog zdravstvenog radnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1131	<p>Dubrovačko-neretvanska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 64. Komentar Predložimo ostaviti članak 70. stavak 2. koji glasi: (2) Opću bolnicu osniva jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb. Obrazloženje Prenos osnivačkih prava nad općim bolnicama s regionalne jedinice na državu ne podržavamo iz razloga centralizacije sustava, a što je oprečno politici decentralizacije. Naglašavamo da sukladno članku 129.a Ustava Republike Hrvatske jedinice područne samouprave obavljaju poslove od područnog (regionalnog) značenja, a osobito i poslove koji se odnose na zdravstvo. Predloženim prijenosom osnivačkih prava nad općim bolnicama dovode se u pitanje naprijed navedene odredbe Ustava te nepotrebno jača centraliziranost zdravstvenog sustava. Prijenos osnivačkih prava i centralizacija sustava nisu rješenje za financijsko poslovanje i gubitke koji nastaju jer da jesu u ovom trenutku zdravstvene ustanove kojim je osnivač Republika Hrvatska poslovala bi pozitivno. Također, zadržavanjem postojećih osnivačkih prava zadržava se mogućnost da regionalna samouprava kao</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

poznavatelj svih specifičnosti ustanova kojima je osnivač, aktivno i kvalitetno sudjeluje u rješavanju istih te se time otklanjaju rizici koji su prepoznati kao takvi. Isti učinak može se postići bez oduzimanja osnivačkih prava županijama kroz: - propisivanje obvezne javne nabave putem središnjih državnih tijela, a što npr. Opća bolnica Dubrovnik već radi, - izmjenu odredbi o sastavu i načinu upravnih vijeća i povećanje broja predstavnika nadležnog ministarstva ili ministarstva financija, - izmjenu odredbi o postupku imenovanja ravnatelja/zamjenika odnosno pomoćnika ravnatelja javnih ustanova u zdravstvu u nadležnosti jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave odnosno potrebom suglasnosti nadležnog ministarstva na izbor ravnatelja, - podnošenje nadležnom ministarstvu godišnje izvješće o svom radu. Dosadašnjim iskustvom, vidljivo je da Opća bolnica Dubrovnik bolje funkcionira u okviru lokalne samouprave obzirom na zemljopisne karakteristike i specifičnosti koje iz tog položaja proizlaze i nisu zajedničke s drugim općim bolnicama u RH. S druge strane, OB Dubrovnik je od 2013.g do travnja 2016.g bila pod Sanacijskom upravom Ministarstva zdravstva i iz toga je izišla s dugom od 102,5 mil. kn duga koji nije saniran u tom razdoblju nego predstavlja teret i danas. Djelatnosti koje su razvijene u OB Dubrovnik nisu ekonomski opravdane ali su nužne zbog zadovoljavanja načela dostupnosti zdravstvene zaštite za žitelje Dubrovačko-neretvanske županije kao i stanovništva iz južne Hercegovine koje gravitira ovoj bolnici. Te djelatnosti (interventna kardiologija s napravljenih više od 400 interventnih zahvata, neurokirurgija, transfuzija, palijativna skrb) osiguravaju jednaku dostupnost zdravstvene zaštite stanovništvu Dubrovačko-neretvanske županije, na koju korisnici imaju pravo kao i u ostalim dijelovima RH u kojima je mreža zdravstvenih ustanova puno gušće organizirana. Također se mora naglasiti da je najbliži KBC udaljen više od 200 km od Dubrovnika te je isključena mogućnost poštivanja načela tzv. Zlatnog sata. Pridržavanjem isključivo načela ekonomičnosti djelatnosti zasigurno će dovesti do daljnjeg osipanja kadra i nesagledivih posljedica. Kadrovska problematika, manjak liječnika specijalista koji Uprava bolnice rješava bez pomoći Ministarstva zdravstva i KBC-ova s kojima imamo loše iskustvo jer upravo Klinički bolnički centri (koji su u vlasništvu RH) Bolnici uzimaju specijalizante upućene od strane OB Dubrovnik na specijalističko usavršavanje što Bolnici generira nove troškove budući se specijalizanti ne vraćaju u OB Dubrovnik, te je ulaganje u njihovo specijalističko usavršavanje upitno. Jedinu način na koji OB Dubrovnik može povratiti utrošena financijska sredstva su sudski sporovi koji opet generiraju nove troškove, a Bolnica ostaje bez liječnika specijalista. OB Dubrovnik je u suradnji s Dubrovačko-neretvanskom županijom osnovala svoje podružnice u Blatu (otok Korčula), Metkoviću (dnevna bolnica financirana sredstvima EU fondova) i Gruda (Konavle) da bi svi žitelji Dubrovačko-neretvanske županije imali jednaku dostupnost zdravstvene zaštite. OB Dubrovnik je s osnivačem Dubrovačko-neretvanskom županijom u stalnoj koordinaciji kako bi se osigurala kvaliteta

	<p>zdravstvene zaštite te je napravljen ugovor o funkcionalnoj integraciji svih županijskih zdravstvenih ustanova kao i projekti stambenog zbrinjavanja zdravstvenih djelatnika, subvencioniranje stanarina zdravstvenim djelatnicima, uređenje i privođenje svrsi helidroma koji je od velike važnosti za prijevoz vitalno ugroženih pacijenata uključujući novorođenčad i djecu.</p>	
1132	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 64. Smatramo da se odluka o prijenosu osnivačkih prava ne može donijeti bez suglasnosti osnivača, odnosno za Kliničku bolnicu "Sveti Duh" bez suglasnosti Grada Zagreba. Naime, Ustavni sud u svojoj Odluci broj: U-I-4633/2010 od 6. ožujka 2011. zauzeo stajalište kako jedinice područne (regionalne) samouprave imaju pravo suodlučivanja kod osnivanja i ukidanja, odnosno spajanja zdravstvenih ustanova na svom području te je naglasio kako je to posebno bitno u situaciji kad su jedinice područne (regionalne) samouprave ujedno i osnivači zdravstvenih ustanova. Ustavni sud u svojoj odluci navodi: „Gradu Zagrebu i županijama, kao zakonom ovlaštenim osnivačima zdravstvenih ustanova, pripadaju prava koja iz tog njihovog statusa proizlaze. Uz ta se osnivačka prava nad zdravstvenim ustanovama, kojima je Grad Zagreb osnivač, vezuju i sredstva za rad zdravstvenih ustanova, uključujući prihode koji se u toj djelatnosti ostvaruju (u daljnjem tekstu: osnivačka prava) pa se ona načelno imaju smatrati imovinom Grada Zagreba na koju se odnosi ustavno jamstvo prava vlasništva. ... jedino je ustavnopravno prihvatljivo da se jedinicama područne (regionalne) samouprave omogući aktivno sudjelovanje kod donošenja i izmjena mreže javne zdravstvene službe jer se samo na taj način osigurava da se na najoptimalniji način omogući ispunjenje obveze jedinica područne (regionalne) samouprave iz članka 129a. stavka 2. Ustava u svezi obavljanja poslova područnog (regionalnog) značenja iz područja zdravstva, koje su dužne dijelom ili potpuno financirati. Bez takve mogućnosti jedinice područne (regionalne) samouprave ostaju puki izvršitelji mreže javne zdravstvene službe, u kojoj ministar nadležan za zdravstvo s nadležnim komorama i zavodima gotovo samostalno određuje koje će se zdravstvene ustanove osnivati ili ukidati, odnosno spajati, bez da je osigurana mogućnost građana na području (regionalne) samouprave da u ostvarenju svog prava na lokalnu samoupravu utječu na tu mrežu, a upravo preko svojih predstavnika iz predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave.“ ... Time je narušen i temeljni postulat pravne države jer je došlo do poremećaja u nadležnosti između jedinica područne (regionalne) samouprave i države u poslovima zdravstvene zaštite u odnosu na nadležnosti koje su propisane člankom 129a. Ustava, zadiranjem zakonodavca u ustavne ovlasti jedinica područne (regionalne) samouprave.“ Slijedom navedenoga, smatramo da bez suglasnosti, odnosno sudjelovanja u odlučivanju Grada Zagreba</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

kao osnivača ne može doći do prijenosa upravljačkih prava sa Grada Zagreba na Republiku Hrvatsku s obzirom da je Ustavni sud u gore navedenoj Odluci takvo isključivanje Grada Zagreba, odnosno jedinica područne (regionalne) samouprave iz odlučivanja o osnivanju, ukidanju, odnosno spajanju zdravstvenih ustanova čiji su osnivači ocijenio neustavnim. Dodatno, Grad Zagreb sukladno nadležnostima koje proizlaze iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti u kontinuitetu u skladu s utvrđenim pravima i obavezama osigurava uvjete za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva, organizira i osigurava ostvarivanje zdravstvene zaštite na svom području. Grad Zagreb je kao osnivač bolnice Sv. Duh sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti kontinuirano osiguravao sredstva za podmirenje gubitaka koji su nastali u obavljanju djelatnosti bolnice, a za čije podmirenje nisu bila dostatna ugovorna sredstva od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO). Grad Zagreb je tako osigurao značajna sredstva za sve nepodmirene obveze prema dobavljačima, nabavu opreme i ulaganja u kapitalnu infrastrukturu. Samo u posljednjih 10 godina Bolnici je s pozicije podmirenje dugovanja iz Proračuna Grada Zagreba doznačeno ukupno preko 300.000.000,00 kn.

1133 **Krapinsko-zagorska županija
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ
ZAŠTITI, Članak 64.**

Naglašavamo da sukladno članku 135. Ustava Republike Hrvatske jedinice područne samouprave obavljaju poslove od područnog (regionalnog) značenja, a osobito i poslove koji se odnose na zdravstvo. Predloženim prijenosom osnivačkih prava nad općim bolnicama dovode se u pitanje naprijed navedene odredbe Ustava te nepotrebno jača centraliziranost zdravstvenog sustava. Jedinice područne samouprave, kao osnivači općih bolnica, ulagale su svih ovih godina znatna financijska sredstva-izvorna i decentralizirana, a zdravstvenim ustanovama se upravljalo najbolje što se u datim okolnostima, definiranim od strane središnje države, moglo. Poteškoće financijske prirode u kojima se u ovom trenutku nalazi velika većina zdravstvenih ustanova, nisu rezultat vršenja osnivačkih prava nad istima. Prijenos osnivačkih prava i centralizacija sustava nisu rješenje za financijsko poslovanje i gubitke koji nastaju jer da jesu-u ovom trenutku zdravstvene ustanove kojim je osnivač Republika Hrvatska poslovale bi pozitivno. Također, zadržavanjem postojećih osnivačkih prava zadržava se mogućnost da regionalna samouprava kao poznavatelj svih specifičnosti ustanova kojima je osnivač, aktivno i kvalitetno sudjeluje u rješavanju istih te se time otklanjaju rizici koji su prepoznati kao takvi.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

1134	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 66. Članak 66 kaže: „Međusobna prava i obveze između Vlade RH putem Ministarstva zdravstva, jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba te opće bolnice u vezi prijenosa osnivačkih prava općih bolnica na RH utvrdit će se posebnim sporazumom“ Dakle, ovim zakonom RH od županija preuzima vlasništvo, a oko detalja će se dogovoriti naknadno, bez jasnog definiranja kako će se riješiti imovinsko-pravni odnosi, jamstva da će država preuzeti sva dugovanja bolnica na sebe. Što je sa investicijama županija u zdravstvene ustanove na svom području, projektima EU fondova za rekonstrukciju i opremanje bolnica (veći dio daje EU, no i županija ulaže određeni postotak), pitanje vlasničkih odnosa- zemljišta, kreditnih obaveza, međusobnih dugovanja itd.? Što ako JL(R)S odbiju potpisati sporazum?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1135	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Članak 66. Ovaj Prijedlog predviđa preuzimanje vlasništva od strane županija, međutim ovaj članak definira kako će se detalji dogovoriti posebnim sporazumom, odnosno - naknadno. Ovo je zapravo indirektna poruka kako ovakav Prijedlog ima (samo) brzinske mjere bez ikakve stvarne želje za suštinskim promjenama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1136	<p>Mislav Šelendić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 5. Nažalost, radeći u zdravstvu možemo potvrditi kako mnogi pravilnici propisuju kako bi se nešto u teoriji trebalo provesti, ali su u praksi neprovedivi. Ako će se pravilnikom propisati medicinski prihvatljivo vrijeme za ostvarivanje zdravstvene zaštite, hoće li se također pravilniko odrediti na koji će se način kompenzirati osoblje koje će očigledno trebati raditi prekovremene sate, pošto nam trenutno na svim razinama fali educiranog kadra, kako bi se provedla adekvatna zdravstvena zaštita te kako će im se omogućiti minimalni tehnički uvjeti za rad koji često nedostaju?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1137	<p>Ivana Vidinović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 5. U timovima OM treba smanjiti broj pacijenata kako bi se osigurala kvaliteta rada u OM.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1138	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 5. Kako će to novim pravilnikom napraviti, kojom metodom? Treba smanjiti timove OM do 1500 maksimalno, sve preko toga u današnjim vremenima je previše za LOM psihički i fizički za stići pregledati, obraditi i posvetiti se pacijentima u potpunosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1139	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 5. Što će se konkretno učiniti kako bi liječnik imao dovoljno vremena za svakog pacijenta? Lako je reći da je norma 20 min po pacijentu, a u realitetu je 2.5 min. Kada se dogodi greška u liječenju, sud ne uzima u obzir umor i preopterećenost liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1140	<p>JELENA BULJAT MIKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 12. Mislite na nepotrebne COVID ambulante i ambulante za raseljene osobe u kojima su liječnici bili telefonisti i administratori te ih se na taj način degradiralo i iscrpljivalo.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1141	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 12. Sve "posebno organizirane ambulante" dosada na zahtjev politike -Covid ambulante i ambulante za raseljene osobe su se pokazale kao totalni promašaj i gubitak vremena, osobito jer se inzistiralo da se radi od 0-24 h. Ni struka ni zdrav razum se nisu slagali s time, ali struku nikad nitko od političara nije slušao. Bespotrebno iscrpljivanje već i onako umornih i prezaposlenih zdravstvenih djelatnika. Kada će se početi slušati struka?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1142	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 12. Koje su to iznimne okolnosti? Mislite na nepotrebne COVID ambulante i ambulante za raseljene osobe u kojima su liječnici bili telefonisti i administratori te ih se na taj način degradiralo i iscrpljivalo? Prestanite politički uljepšavati stvarnost i ušutkavati i zanemarivati struku koja vrišti da su neke političke odluke usmjerene prema zdravstvu nebulozne!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1143	<p>Darja Nelken-Bestvina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 12. Točno definirati "iznimne okolnosti" (razlog, vrijeme, plaćanje, zaštita na radu)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1144	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 12. Molim da se članak priširi samo jednom riječju: "...uređuje se sudjelovanje zdravstvenih radnika proivatne prakse u mreži javne zdravstvene službe da SAMO u iznimnim okolnostima...". Što su to iznimne okolnosti treba biti definirano, makar okvirno. Ne može se ostaviti ovako otvoreno i na diskreciju ravnatelja DZ-a da odluči o tome da su upravo danas "iznimne okolnosti", ili da su svaki vikend "iznimne okolnosti". I koliko traju te "iznimne okolnosti" - dan, dva, pet,mjesec...? Zdravsveni djelatnik privatne prakse je SAMO JEDAN. Dakle liječnik, bez utjecaja na zaposlenike/tehničare. Ako mislite na sudjelovanje ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE (sa cjelokupnim zaposlenim kadrom) onda to tako treba i napisati i definirati tko je poslodavac/odgovorna osoba za vrijeme rada u posebnoj ambulanti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1145	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 12. Znači li to da će privatnik morati pokrivati praznu ambulantu doma zdravlja, a dom zdravlja neće morati pokrivati privatnikovu ambulantu zbog npr, dugotrajnog bolovanja? Postojale su tzv. Covid ambulante kao i ambulante za raseljene osobe (rat u Ukrajini) koje su se pokazale u potpunosti promašenima i gubitkom vremena, osobito zbog činjenice da se inzistiralo da se radi 24/7. Ni struka ni zdrav razum se nisu slagali s time, ali je politički bilo baš zgodno. Kmetovi u DZ-u su to šutke odrađivali, (Covid ambulante su odrađivali i privatnici jer su morali, nije mi jasno što se tu točno mijenja?). Može li se negdje ubaciti da o potrebi otvaranja i zatvaranja takvih ambulanti odlučuje struka, a ne politika?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1146	<p>Hrvatska strukovna udruga fonetičara (HSUF) NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 25. Riječ "logopedije" treba u obrazloženju zamijeniti sintagmom "dijagnostikom i rehabilitacijom slušanja i govora". Naime logopedija je naziv za struku, to je isto kao da se kaže matematike, ili medicine, a obrazloženjem uz članak 25 se navode djelatnosti a ne struke, osim toga obavljaju ih zdravstveni radnici iz zdravstvenih struka: fonetičari (za rehabilitaciju slušanja i govora) i logopedi za uže poteškoće izgovora). /HSUF/</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1147	<p>Karmen Lončarek NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 25. U prvu rečenicu dodati da dom zdravlja pruža i zaštitu mentalnog zdravlja. Naglašavam da se ta funkcija doma zdravlja ne može pokriti samo SKZZ-om!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1148	<p>Zadarska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članak 25. KOMENTARI UZ ČLANAK 25. NACRTA: • Predlaže se u članku 103. Zakona izbrisati stavak 14. koji glasi: „(14) Raspored i način rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova odlukom određuje župan odnosno gradonačelnik Grada Zagreba.” Obrazloženje: Člankom 194. stavkom 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/2018, 125/2019, 133/2020, 147/2020, 136/2021, 119/2022) propisano je kako ministar pravilnikom propisuje početak, završetak i raspored radnog vremena zdravstvenih ustanova, a navedeni timovi su u sastavu zdravstvene ustanove i stoga je potpuno suvišno propisivati ovlast izvršnog tijela županije odnosno Grada Zagreba da odlučuje o rasporedu i načinu rada koordinatora palijativne skrbi i mobilnih palijativnih timova. • Predlaže se u članku 103. Zakona iza stavka 15. dodati novi stavak koji glasi: „U skladu s mrežom javne zdravstvene službe, u domu zdravlja može se organizirati i stacionar za provođenje djelatnosti palijativne skrbi.“ Obrazloženje: Izmjenama i dopunama mreže javne zdravstvene službe 2015. godine (“Narodne novine” broj 113/15) Mrežom JZS utvrđena je mreža postelja palijativne skrbi u stacionarima domova zdravlja (67 postelja u 14 domova zdravlja) što uz koordinate palijativne skrbi, mobilne palijativne timova te bolničke postelje za palijativnu skrb čini jednu zaokruženu, strukturiranu cjelinu skrbi za palijativne bolesnike na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite na područjima određenih županija (koje su nekada imate rodilišta i stacionare). Ovim našim prijedlogom bi se domovima zdravlja koji to žele omogućilo rješavanje specifičnih pitanja vezanih za provođenje mjera zdravstvene zaštite na primarnoj razini u djelatnosti palijativne skrbi što je i propisano u članku 31. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 100/2018, 125/2019, 133/2020, 147/2020, 136/2021, 119/2022) gdje se palijativna skrb navodi kao djelatnost u kojoj je posebno bitno sudjelovanje zdravstvenih suradnika , odnosno drugih stručnjaka za pojedina specifična pitanja. Nadalje, Pravilnikom o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti (“Narodne novine” broj 52/20) u članku 46. utvrđeni su standardi za palijativnu skrb koju pružaju zdravstvene ustanove u okviru stacionara što je jedan od bitnih preduvjeta za planiranje razvoja palijativne skrbi na područjima županija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
------	--	---

1149	<p>MILICA STARČEVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, Uz članke 50. do 72. Članak 67. Predlažemo izmjenu članka 67. st. 2 na način da glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navrššenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navrššenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. Primjedba je na obavezni prestanak rada liječnika privatne prakse sa 65 godina, nije li to diskriminacija, jer po novom zakonu o mirovinskom osobama je dozvoljeno da sami odluče hoće li u mirovinu sa 65 ili će raditi čak i do 68. Što sa liječnicima koji želi raditi više od 65, koji je njihov status, jesu li oni jedini koji moraju u mirovinu sa 65 godina? .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1150	<p>Dubrovačko-neretvanska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, TEKST ODREDBI VAŽEĆEG ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU, Članak 190. važećeg Zakona (1) Zdravstvena ustanova u kojoj specijalist zasnuje radni odnos temeljem prethodne suglasnosti Ministarstva, obvezna je naknaditi zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona stvarne troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona i naknadu u iznosu jedne proračunske osnovice za obračun naknada i drugih primanja u Republici Hrvatskoj po mjesecu neodrađene ugovorene obveze rada nakon završene specijalizacije, u roku od godine dana od dana sklapanja ugovora o radu sa specijalistom. Predlažemo da se izmjeni na sljedeći način: (1) Zdravstvena ustanova u kojoj specijalist zasnuje radni odnos temeljem prethodne suglasnosti Ministarstva, obvezna je naknaditi zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona stvarne troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona i naknadu u iznosu četiri proračunske osnovice za obračun naknada i drugih primanja u Republici Hrvatskoj po mjesecu neodrađene ugovorene obveze rada nakon završene specijalizacije, u roku od godine dana od dana sklapanja ugovora o radu sa specijalistom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

1151	<p>GRAD ZAGREB NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, ODNOSNO DOPUNJUJU POTREBNO JE U NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA UVRSTITI IZMJENU ČLANKA 134. STAVAK 3. ALINEJA 9. VAŽEĆEG ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI Člankom 134. stavkom 3. propisani su poslovi koje obavlja Zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave. U alineji 9 iza riječi: „rano otkrivanje“ potrebno je dodati riječi: „i liječenje“ tako da članak 134. stavak 3. alineja 9. glasi: „provodi zaštitu mentalnog zdravlja i izvanbolničko liječenje ovisnosti, što obuhvaća prevenciju, rano otkrivanje i liječenje svih psihičkih poremećaja, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju svih oblika ovisnosti, kao i mjere očuvanja mentalnog zdravlja u zajednici. Komentar: Riječ je o usklađivanju s člankom 30. Zakona o zdravstvenoj zaštiti u kojem je navedeno da Zdravstvena zaštita na primarnoj razini obuhvaća: „-zaštitu mentalnoga zdravlja, izvanbolničko liječenje mentalnih bolesti i poremećaja, uključujući ovisnosti“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
1152	<p>Miroslav Mađarić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI, ODNOSNO DOPUNJUJU Među brojnim kaznenim odredbama nema niti jedne koja se odnosi na nesavjesno liječenje od strane djelatnika u privatnim ustanovama. PRIJEDLOG: xx. za nesvršishodno propisivanje i provođenje DTPova suprotno smjernicama i dobroj medicinskoj praksi. U slučaju da pacijent izričito traži nesvršishodni DTP, liječnik ga je dužan upozoriti na nesvršishodnost istoga, na što pacijent treba dati pismeni pristanak. OBRAZLOŽENJE: Raširena je praksa, uzrokovana niskom poslovnom etikom, propisivanja i provođenja DTP-ova koji niti na koji način nisu u skladu s pozitivnim medicinskim smjernicama, a u svrhu ostvarivanja povećanog prihoda ustanove i/ili djelatnika. Takvi slučajevi prolaze kompletno ispod radara, osim u slučaju sudskog procesa zbog liječničke pogreške. OPASKA: U slučaju odbijanja ovog prijedloga, ukoliko se naknadno utvrdi postojanje opisane loše prakse, predlagač ovih zakonski izmjena preuzima potpunu odgovornost za isto!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

**IZJAVA O USKLADENOSTI PRIJEDLOGA PROPISA S PRAVNOM STEČEVINOM
EUROPSKE UNIJE**

1. Naziv prijedloga propisa

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti

2. Stručni nositelj izrade prijedloga propisa

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

3. Veza s Programom Vlade Republike Hrvatske za preuzimanje i provedbu pravne stečevine Europske unije

Predviđeno Programom Vlade Republike Hrvatske za preuzimanje i provedbu pravne stečevine Europske unije za 2022. godinu.

Rok: IV. kvartal 2022.

4. Preuzimanje odnosno provedba pravne stečevine Europske unije

a) Odredbe primarnih izvora prava Europske unije

Ugovor o funkcioniranju Europske unije

članak/članci Glava XIV. Javno zdravlje, članak 168. , članak 114.

b) Sekundarni izvori prava Europske unije

Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija Tekst značajan za EGP (SL L 255)

32005L0036

- Članak 1. preuzeto: Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18, 147/20 (NN 100/18, 147/20)
- Članci 0., 2., 10., 21., 23., 24., 25., 31., 34., 40., 44. i 53. preuzeto: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18)

c) Ostali izvori prava Europske unije

-

5. Prilog: tablice usporednih prikaza za propise kojima se preuzimaju odredbe sekundarnih izvora prava Europske unije u zakonodavstvo Republike Hrvatske

Da.

Potpis EU koordinatora stručnog nositelja izrade prijedloga propisa, datum i pečat

izv. prof. dr. sc. Vili Beroš, dr. med.

ministar



(potpis)

25.11.2022.

(datum i pečat)

Potpis EU koordinatora Ministarstva vanjskih i europskih poslova, datum i pečat

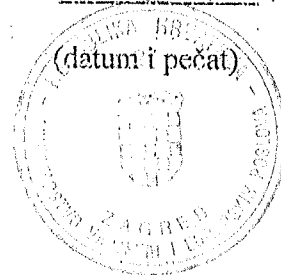
Andreja Metelko-Zgombić

Državna tajnica za Europu

(potpis)

2.12.2022.

(datum i pečat)



USPOREDNI PRIKAZ PODUDARANJA ODREDBI PROPISA EUROPSKE UNIJE S PRIJEDLOGOM PROPISA

1. Naziv propisa Europske unije

Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija Tekst značajan za EGP

2. Naziv prijedloga propisa

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti

3. Usklađenost odredbi propisa Europske unije (sekundarni izvori prava) s odredbama prijedloga propisa

a)	b)	c)	d)
Odredbe propisa Europske unije	Odredbe prijedloga propisa	Je li sadržaj odredbe propisa Europske unije u potpunosti preuzet u odredbu	Obrazloženje (ako sadržaj odredbe propisa Europske unije nije preuzet ili je djelomično preuzet

		prijedloga propisa?	u odredbu prijedloga propisa)
<p>Članak 1.</p> <p>Svrha</p> <p>Ovom se Direktivom utvrđuju pravila za pristup i obavljanje profesije, na temelju kojih države članice koje pristup reguliranim profesijama i njihovo obavljanje na svom državnom području uvjetuju posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija (dalje u tekstu „država članica domaćin”) priznaju stručne kvalifikacije stečene u drugim državama članicama (dalje u tekstu „matična država članica”), koje nositelju omogućuju obavljanje iste profesije kao u matičnoj državi članici.</p>		Nije preuzeto	Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18, 147/20 (NN 100/18, 147/20) članak/članici članak 2.
<p>Članak 2.</p> <p>Područje primjene</p> <p>1. Ova se Direktiva primjenjuje na sve državljane država članica koji žele obavljati reguliranu profesiju, uključujući i slobodne profesije, u državi članici različitoj od one u kojoj su stekli svoje stručne kvalifikacije, bilo u svojstvu samozaposlene ili zaposlene osobe.</p> <p>2. Svaka država članica može dopustiti da državljani država članica koji posjeduju dokaz o stručnim kvalifikacijama koje nisu stečene u toj državi članici, obavljaju reguliranu profesiju u smislu članka 3. stavka 1. točke (a) na njezinom državnom području u skladu s njezinim pravilima. U slučaju profesija obuhvaćenih glavom</p>		Nije preuzeto	Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici čl. 177

<p>III., poglavljem III., kod tog se početnog priznavanja moraju poštovati minimalni uvjeti osposobljavanja utvrđeni u tom poglavlju.</p> <p>3. Odgovarajuće odredbe ove Direktive ne primjenjuju se na regulirane profesije za koje su zasebnim instrumentom prava Zajednice predviđena druga posebna rješenja koja se izravno odnose na priznavanje stručnih kvalifikacija.</p>			
<p>Članak 3.</p> <p>Definicije</p> <p>1. Za potrebe ove Direktive primjenjuju se sljedeće definicije:</p> <p>(a) „regulirana profesija”: profesionalna djelatnost ili skupina profesionalnih djelatnosti čiji je pristup, obavljanje ili jedan od načina obavljanja na temelju zakonskih ili drugih propisa, izravno ili neizravno uvjetovan posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija; posebno korištenje profesionalnog naziva koji je zakonskim ili drugim propisima ograničen na nositelje određenih stručnih kvalifikacija predstavlja jedan od načina obavljanja djelatnosti. Ako se prva rečenica ove definicije ne primjenjuje, profesija iz stavka 2. smatra se reguliranom profesijom;</p> <p>(b) „stručne kvalifikacije”: kvalifikacije koje se potvrđuju dokazom o formalnoj osposobljenosti, potvrdom kompetencije iz članka 11. točke (a) (i) i/ili stručnim iskustvom;</p> <p>(c) „dokaz o formalnoj osposobljenosti”: diplome, svjedodžbe i drugi dokazi koje je izdalo nadležno tijelo u državi članici na temelju zakonskih i drugih propisa te države članice i kojima se potvrđuje uspješno završeno stručno osposobljavanje koje je većim dijelom stečeno u Zajednici. Ako se prva rečenica ove definicije ne primjenjuje, dokaz o formalnoj formalnim kvalifikacijama osposobljenosti iz stavka 3. smatra se dokazom o formalnoj osposobljenosti;</p> <p>(d) „nadležno tijelo”: svaka vlast ili tijelo koje je država članica izričito ovlastila za izdavanje odnosno primanje dokaza o osposobljenosti i drugih dokumenata i informacija kao i za primanje zahtjeva i donošenje odluka iz ove Direktive;</p> <p>(e) „regulirano obrazovanje i osposobljavanje”: svako osposobljavanje koje je izričito usmjereno na obavljanje određene profesije i koje obuhvaća jedan ili više programa koji su, kada je to prikladno, nadopunjeni odgovarajućim stručnim osposobljavanjem odnosno vježbeničkom ili stručnom praksom.</p>			

<p>Struktura i stupanj stručnog osposobljavanja odnosno vježbeničke ili stručne prakse određuje se zakonima i drugim propisima predmetne države članice ili ga nadzire ili odobrava za to određeno tijelo;</p> <p>(f) „stručno iskustvo”: stvarno i zakonsko obavljanje predmetne profesije u državi članici;</p> <p>(g) „razdoblje prilagodbe”: obavljanje regulirane profesije u državi članici domaćinu pod odgovornošću kvalificiranog stručnjaka; to razdoblje stručne prakse pod nadzorom može biti popraćeno dodatnim osposobljavanjem. Razdoblje stručne prakse pod nadzorom se ocjenjuje. Detaljna pravila u pogledu razdoblja prilagodbe i njegovog ocjenjivanja te statusa migranta za vrijeme stručne prakse pod nadzorom utvrđuje nadležno tijelo države članice domaćina.</p> <p>Status osobe koja obavlja stručnu praksu pod nadzorom u državi članici, posebno u pogledu prava boravka i obveza, socijalnih prava i naknada, novčanih pomoći i plaće, utvrđuju nadležna tijela države članice u skladu s važećim pravom Zajednice;</p> <p>(h) „provjera osposobljenosti”: provjera ograničena na stručno znanje podnositelja zahtjeva, koju provode nadležna tijela države članice domaćina, radi ocjene podnositeljeve sposobnosti obavljanja regulirane profesije u toj državi članici. Nadležna će tijela za potrebe provođenja te provjere sastaviti popis predmeta koji nisu obuhvaćeni diplomom odnosno drugim dokazom o formalnoj osposobljenosti podnositelja, što se utvrđuje usporedbom obrazovanja i osposobljavanja koju zahtijeva država članica domaćin, s obrazovanjem i osposobljavanjem koju je stekao podnositelj zahtjeva.</p> <p>Kod provjere osposobljenosti treba uzeti u obzir činjenicu da je podnositelj zahtjeva u matičnoj državi članici odnosno u državi članici iz koje dolazi kvalificirani stručnjak. Provjera obuhvaća odabrane predmete s popisa čije je znanje prijeko potrebno za obavljanje profesije u državi članici domaćinu. Ona također može uključivati poznavanje pravila struke koja se primjenjuju na odgovarajuće djelatnosti u državi članici domaćinu.</p> <p>Pojedinosti u vezi s provođenjem provjere sposobnosti i statusom podnositelja zahtjeva u državi članici domaćinu koji se želi pripremiti za provjeru sposobnosti u toj državi članici određuju nadležna tijela te države;</p> <p>(i) „direktor poduzeća”: svaka osoba koja je u okviru predmetne profesije radila u poduzeću:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. kao direktor poduzeća ili podružnice poduzeća; ii. kao zamjenik vlasnika ili direktora poduzeća, ako taj položaj uključuje odgovornost koja je istovjetna odgovornosti vlasnika odnosno direktora kojega zamjenjuje; iii. na rukovodećem položaju s dužnostima trgovačke i/ili tehničke prirode i koji uključuje odgovornost za jedan ili više odjela poduzeća. 			
---	--	--	--

<p>2. Profesija koju obavljaju članovi udruge odnosno organizacije iz Priloga I. smatra se reguliranom profesijom.</p> <p>Glavna svrha udruga i organizacija iz prvog podstavka je promicanje i održavanje visokih profesionalnih standarda u području odgovarajuće profesije. Udruge i organizacije priznaju se u posebnom obliku u državama članicama te svojim članovima izdaju dokaze o formalnoj osposobljenosti, vode računa o tome da njihovi članovi poštuju propisana pravila profesionalnog ponašanja i dodjeljuju im pravo korištenja profesionalnog naziva ili kratica profesionalnog naziva, te sva prava koja im pripadaju na temelju statusa koji odgovara toj formalnoj osposobljenosti.</p> <p>Država članica će svaki puta kada dodijeli priznanje udruzi odnosno organizaciji iz prvog podstavka o tome obavijestiti Komisiju, a Komisija će objaviti odgovarajuću obavijest u Službenom listu Europske unije.</p> <p>3. Dokazi o formalnoj osposobljenosti koje je izdala treća zemlja smatraju se takvima ako je država članica priznala te dokaze u skladu s člankom 2. stavkom 2. i potvrdila da je nositelj stekao tri godine odgovarajućeg stručnog iskustva na njezinom državnom području.</p>			
<p>Članak 4.</p> <p>Učinci priznavanja</p> <p>1. Priznavanjem stručnih kvalifikacija država članica domaćin omogućava korisniku pristup profesiji za koju je osposobljen u matičnoj državi članici kao i obavljanje te profesije pod jednakim uvjetima koji vrijede za njezine državljane.</p> <p>2. Za potrebe ove Direktive, profesija koju podnositelj zahtjeva želi obavljati u državi članici domaćinu je profesija za koju je podnositelj osposobljen u matičnoj državi članici, pod uvjetom da su djelatnosti koje ona obuhvaća usporedive.</p>			

GLAVA II.

SLOBODA PRUŽANJA USLUGA

Članak 5.

Načelo slobode pružanja usluga

1. Ne dovodeći u pitanje posebne odredbe prava Zajednice te članke 6. i 7. ove Direktive, države članice ne smiju ni zbog kojeg razloga koji se odnosi na stručne kvalifikacije ograničavati slobodu pružanja usluga u drugoj državi članici:

- (a) ako pružatelj usluga u državi članici ima zakoniti poslovni nastan radi obavljanja iste profesije u toj državi (dalje u tekstu država članica poslovnog nastana); i
- (b) kad se pružatelj usluga seli, ako je u državi članici poslovnog nastana određenu profesiju obavljao najmanje dvije godine u razdoblju od deset godina prije pružanja usluga, u slučaju da profesija u toj državi članici nije regulirana. Uvjet kojim se zahtijeva dvije godine obavljanja profesije ne primjenjuje se ako je obavljanje profesije ili obrazovanje i osposobljavanje za tu profesiju regulirano.

2. Odredbe iz ovog poglavlja primjenjuju se samo kad pružatelj usluga odlazi na državnom području države članice domaćina privremeno ili povremeno obavljati profesiju iz stavka 1.

Privremena i povremena priroda pružanja usluga procjenjuje se za svaki slučaj posebno pri čemu posebno treba voditi računa o njezinu trajanju, učestalosti, redovitosti i stalnosti.

3. Kad se pružatelj usluga seli, na njega se primjenjuju pravila stručne, zakonske ili administrativne prirode koja su izravno povezana sa stručnim kvalifikacijama, npr. s definicijom profesije, korištenjem profesionalnih naziva i s težom povredom pravila struke koja je izravno i posebno povezana sa zaštitom potrošača i sigurnošću, te s disciplinskim odredbama koje se primjenjuju u državi članici domaćinu na stručnjake koji obavljaju istu profesiju u toj državi članici.

<p>Članak 6.</p> <p>Izuzeca</p> <p>Država članica domaćin će u skladu s člankom 5. stavkom 1. izuzeti pružatelje usluga koji imaju poslovni nastan u drugoj državi članici od zahtjeva koje postavlja stručnjacima koji imaju poslovni nastan na njezinu državnom području koji se odnose na:</p> <p>(a)odobrenje, registraciju ili članstvo u strukovnoj organizaciji ili tijelu. Kako bi se olakšala primjena disciplinskih odredaba koje su na snazi na njihovu državnom području u skladu s člankom 5. stavkom 3., države članice mogu predvidjeti automatsku privremenu registraciju ili pro forma članstvo u takvim strukovnim organizacijama ili tijelima, pod uvjetom da registracija odnosno članstvo ni na koji način ne odlažu ili kompliciraju pružanje usluga i ne povlače za sobom nikakve dodatne troškove za pružatelja usluga. Nadležno tijelo šalje nadležnoj strukovnoj organizaciji ili tijelu presliku prijave i, kad je to primjenjivo, produljene prijave iz članka 7. stavka 1., uz preslike dokumenata iz članka 7. stavka 2., potrebnih za profesije koje utječu na javno zdravlje i sigurnost iz članka 7. stavka 4. ili na koje se primjenjuje automatsko priznavanje iz glave III. poglavlja III., što predstavlja automatsku privremenu registraciju ili pro forma članstvo;</p> <p>(b)registraciju pri državnom tijelu nadležnom za socijalnu sigurnost u svrhu podmirenja računa kod osiguravatelja, koji se odnose na djelatnosti koje se obavljaju u korist osiguranika.</p> <p>Međutim, pružatelj usluga je dužan unaprijed, ili u hitnim slučajevima naknadno, obavijestiti tijelo iz točke (b) o uslugama koje je pružio.</p>			
<p>Članak 7.</p> <p>Prijava koja se daje unaprijed ako se pružatelj usluga seli</p> <p>1. Države članice mogu zahtijevati da pružatelj usluga, kad se prvi put seli iz jedne države članice u drugu da bi pružao usluge, unaprijed obavijesti nadležno tijelo u državi članici domaćinu prijavom u pisanom obliku uključujući detaljne podatke o svakom osiguranju ili drugom načinu osobne ili kolektivne zaštite s obzirom na profesionalnu odgovornost. Takva prijava se mora jedanput godišnje produljiti ako pružatelj usluga u toj godini namjerava privremeno ili povremeno pružati usluge u toj državni članici. Pružatelj usluga može dopuniti prijavu na bilo koji način.</p>			

2. Pored toga, pri prvom pružanju usluga ili ako su se okolnosti bitno promijenile, što je dokazano dokumentima, države članice mogu zahtijevati da se prijavi prilože sljedeći dokumenti:

- (a) dokaz o državljanstvu pružatelja usluga;
- (b) potvrda da njezin nositelj ima poslovni nastan u državi članici u svrhu obavljanja djelatnosti o kojima je riječ i da u trenutku izdavanja potvrde nema čak ni privremenu zabranu obavljanja tih djelatnosti;
- (c) dokaz o stručnim kvalifikacijama;
- (d) za slučajeve iz članka 5. stavka 1. točke (b) bilo koji dokaz da je pružatelj usluge obavljao djelatnost o kojoj je riječ najmanje dvije godine tijekom prethodnih deset godina;
- (e) za profesije u području sigurnosti, ako to država članica traži za svoje državljane, potvrda o nekažnjavanju.

3. Usluga se obavlja pod profesionalnim nazivom države članice poslovnog nastana, ako takav profesionalni naziv postoji u toj državi članici za profesionalnu djelatnost o kojoj je riječ. Profesionalni naziv se navodi na službenom jeziku ili na jednom od službenih jezika države članice poslovnog nastana na takav način da se izbjegne moguća zamjena s profesionalnim nazivom države članice domaćina. Ako u državi članici poslovnog nastana takav profesionalni naziv ne postoji, pružatelj usluga dužan je navesti svoju formalnu osposobljenost na službenom jeziku ili na jednom od službenih jezika države članice. Iznimno se usluga pruža pod profesionalnim nazivom države članice domaćina u slučajevima navedenim u glavi III. poglavlju III.

4. Pri prvom pružanju usluga, u slučaju reguliranih profesija koje utječu na javno zdravlje ili sigurnost i na koje se primjenjuje automatsko priznavanje iz glave III., poglavlja III., nadležno tijelo države članice domaćina može provjeriti stručne kvalifikacije pružatelja usluga. Takva je prethodna provjera moguća samo kad je svrha provjere spriječiti ozbiljnu štetu za zdravlje ili sigurnost primatelja usluga zbog nedostatnih stručnih kvalifikacija pružatelja usluga i kad takva provjera ne prelazi ono što je potrebno za tu svrhu.

U roku od najviše mjesec dana nakon primitka prijave i popratnih dokumenata, nadležno tijelo dužno je nastojati obavijestiti pružatelja usluga o svojoj odluci da ne provjerava njegove kvalifikacije, odnosno o ishodu takve provjere. Ako postoje poteškoće koje bi mogle uzrokovati zakašnjenje, nadležno je tijelo tijekom prvog mjeseca dužno obavijestiti pružatelja usluga o razlozima kašnjenja i vremenskom okviru za odluku koja se mora donijeti u roku od dva mjeseca od primitka potpune dokumentacije.

Ako je razlika između stručnih kvalifikacija pružatelja usluga i osposobljavanja potrebnog u državi članici domaćinu tako velika da ugrožava javno zdravlje i sigurnost, država članica domaćin je pružatelju usluga dužna omogućiti da dokaže, u prvom redu putem provjere osposobljenosti, da je stekao znanje odnosno stručnost koji mu

<p>nedostaju. U svakom slučaju, pružanje usluga mora biti omogućeno u roku od mjesec dana od donošenja odluke u skladu s prethodnim podstavkom.</p> <p>Ako nadležno tijelo ne postupi u rokovima utvrđenim prethodnim podstavcima, usluga se može pružati.</p> <p>Ako su kvalifikacije potvrđene u skladu s ovim stavkom, usluga se pruža pod profesionalnim nazivom države članice domaćina.</p>			
<p>Članak 8.</p> <p>Administrativna suradnja</p> <p>1. Nadležna tijela države članice domaćina mogu zatražiti od nadležnih tijela države članice poslovnog nastana da za svako pružanje usluga osiguraju sve podatke koje se tiču zakonitosti poslovnog nastana pružatelja usluga i njegovog primjerenog ponašanja, kao i nepostojanja disciplinskih i kaznenih sankcija stručne naravi. Nadležna tijela države članice poslovnog nastana osiguravaju te podatke u skladu s odredbama članka 56.</p> <p>2. Nadležna su tijela dužna osigurati razmjenu svih podataka potrebnih za pravilno podnošenje pritužbi primatelja usluga protiv pružatelja usluga. Primatelji usluga moraju biti obaviješteni o ishodu pritužbe.</p>			
<p>Članak 9.</p> <p>Podaci koji se daju primateljima usluga</p> <p>Ako se usluga pruža na temelju profesionalnog naziva države članice poslovnog nastana ili na temelju formalne osposobljenosti pružatelja usluga, nadležna tijela države članice domaćina pored ostalih zahtjeva u pravu Zajednice koji se odnose na obavijesti, mogu zatražiti da pružatelj usluga primatelju podastre bilo koji ili sve od sljedećih podataka:</p> <p>(a) ako je pružatelj usluga upisan u trgovački registar ili slični javni registar, naziv registra u kojem je upisan, njegov registarski broj ili odgovarajući način identifikacije sadržan u tom registru;</p> <p>(b) ako djelatnost treba odobriti u državi članici poslovnog nastana, naziv i adresu nadležnog nadzornog tijela;</p> <p>(c) naziv strukovne udruge ili sličnog tijela u kojem je pružatelj usluga registriran;</p>			

<p>(d) profesionalni naziv, ili kad takav naziv ne postoji, formalna osposobljenost pružatelja usluga i državu članicu u kojoj ih je stekao;</p> <p>(e) ako pružatelj usluga obavlja djelatnost na koju se plaća porez na dodanu vrijednost (PDV), identifikacijski broj za PDV iz članka 22. stavka 1. Šeste direktive Vijeća 77/388/EEZ od 17. svibnja 1977. o usklađivanju zakonodavstava država članica o porezima na promet – Zajednički sustav poreza na dodanu vrijednost: jedinstvena osnovica za određivanje poreza (23);</p> <p>(f) detaljne podatke o svakom osiguranju ili drugom načinu osobne ili kolektivne zaštite s obzirom na profesionalnu odgovornost.</p>			
<p>GLAVA III.</p> <p>SLOBODA POSLOVNOG NASTANA</p> <p>POGLAVLJE I.</p> <p>Opći sustav prepoznavanja dokaza o osposobljenosti</p> <p>Članak 10.</p> <p>Područje primjene</p> <p>Ovo se poglavlje odnosi na sve profesije koje nisu obuhvaćene poglavljima II. i III. ove glave, te u sljedećim slučajevima kad podnositelj zahtjeva zbog posebnih i izvanrednih razloga ne ispunjava uvjete utvrđene u tim poglavljima:</p> <p>(a) na djelatnosti navedene u Prilogu IV., kad migrant ne ispunjava uvjete navedene u člancima 17., 18. i 19.;</p> <p>(b) na liječnike sa završenim osnovnim tečajem osposobljavanja, liječnike specijaliste, medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje, farmaceute i arhitekta, kad migrant ne ispunjava zahtjeve za učinkovito i zakonito obavljanje profesija navedene u člancima 23., 27., 33., 37., 39., 43. i 49.;</p> <p>(c) na arhitekta kad migrant ima dokaze o formalnoj osposobljenosti koja nije navedena u Prilogu V. točki 5.7.;</p> <p>(d) ne dovodeći u pitanje članak 21. stavak 1., članke 23. i 27., na liječnike, medicinske sestre, doktore dentalne medicine, veterinare, primalje, farmaceute i arhitekta koji imaju dokaz o formalnoj osposobljenosti za specijalista koji su morali završiti tečaj osposobljavanja na temelju kojeg se stječe profesionalni naziv naveden u Prilogu V., točkama 5.1.1., 5.2.2., 5.3.2., 5.4.2., 5.5.2., 5.6.2. i 5.7.1. i isključivo u svrhu priznavanja te specijalizacije;</p>		<p>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici čl. 177</p>

<p>(e)na medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu i specijalizirane medicinske sestre koje imaju dokaz o formalnoj osposobljenosti za specijalistice koje su završile osposobljavanje na temelju kojeg se dobiva profesionalni naziv naveden u Prilogu V. točki 5.2.2., kad migrant traži priznavanje u drugoj državi članici u kojoj takve profesionalne djelatnosti obavljaju specijalizirane medicinske sestre koje nisu završile tečaj osposobljavanja za opću zdravstvenu njegu;</p> <p>(f)na specijalizirane medicinske sestre koje nisu završile tečaj osposobljavanja za opću zdravstvenu njegu kad migrant traži priznavanje u drugoj državi članici u kojoj odgovarajuće profesionalne djelatnosti obavljaju medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, specijalizirane medicinske sestre koje nisu završile tečaj osposobljavanja za opću zdravstvenu njegu ili specijalizirane medicinske sestre koje imaju dokaz o formalnoj osposobljenosti za specijalistice koje su završile tečaj osposobljavanja na temelju kojeg se dobiva profesionalni naziv naveden u Prilogu V. točki 5.2.2.;</p> <p>(g) na migrante koji ispunjavaju zahtjeve navedene u članku 3. stavku 3.</p>			
<p>Članak 11.</p> <p>Razine kvalifikacije</p> <p>Za potrebe primjene članka 13., razine stručnih kvalifikacija određuju se na sljedeći način:</p> <p>(a)potvrda stručnosti koju izdaje nadležno tijelo u matičnoj državi članici određeno u skladu sa zakonskim ili drugim propisima te države članice na temelju:</p> <p>i.tečaja osposobljavanja koji nije dio svjedodžbe ili diplome u smislu točaka (b), (c), (d) ili (e), ili posebnog ispita bez prethodnog osposobljavanja ili obavljanja profesije s punim radnim vremenom u državi članici tijekom triju uzastopnih godina ili istovjetnog trajanja sa skraćenim radnim vremenom tijekom prethodnih 10 godina;</p> <p>ii.ili općeg osnovnog ili srednjoškolskog obrazovanja kojim se potvrđuje da je osoba stekla opća znanja;</p> <p>(b)svjedodžba o uspješno završenom srednjoškolskom obrazovanju koja je:</p> <p>i.opće naravi i nadopunjena studijem ili stručnim osposobljavanjem, osim one navedene u točki (c), i/ili vježbeničkom ili stručnom praksom koja se zahtijeva uz taj studij;</p> <p>ii.ili tehničke ili stručne naravi i nadopunjena, kad je to potrebno, studijem ili stručnim osposobljavanjem, kao što je navedeno u točki (i), i/ili vježbeničkom ili stručnom praksom koja se zahtijeva uz taj studij;</p> <p>(c)diploma koja potvrđuje uspješno završeno:</p>			

<p>i.osposobljavanje na razini nakon završetka srednjeg obrazovanja, osim onog navedenog u točkama (d) i (e) u trajanju od najmanje jedne godine ili u istovjetnom trajanju kad se odvija povremeno, kojem je, u pravilu, uvjet pristupa uspješno završeno srednjoškolsko obrazovanje potrebno za upis na sveučilište ili visoko učilište ili završeno istovjetno obrazovanje na razini nakon završetka srednjeg obrazovanja, kao i stručno osposobljavanje koje se može zahtijevati uz taj program na razini nakon završetka srednjeg obrazovanja; ili</p> <p>ii.u slučaju reguliranih profesija, osposobljavanje s posebnom strukturom, uključeno u Prilog II., istovjetno stupnju osposobljavanja predviđenog točkom (i), koje osigurava usporediv stručni standard i koje polaznika priprema za usporediv stupanj odgovornosti i djelatnosti. Popis iz Priloga II. može se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., kako bi se uzelo u obzir osposobljavanje koje ispunjava zahtjeve predviđene prethodnom rečenicom;</p> <p>(d)diploma koja potvrđuje uspješno završeno osposobljavanje na razini nakon završetka srednjeg obrazovanja u trajanju od najmanje tri ili najviše četiri godine ili istovjetnog trajanja kad se odvija povremeno, na sveučilištu ili visokom učilištu ili drugoj ustanovi koja osigurava isti stupanj osposobljavanja, kao i stručno osposobljavanje koje se može zahtijevati uz taj program na razini nakon završetka srednjeg obrazovanja;</p> <p>(e)diploma koja potvrđuje da je nositelj diplome uspješno završio program na razini nakon završetka srednjeg obrazovanja u trajanju najmanje četiri godine ili studij istovjetnog trajanja kad se odvija povremeno na sveučilištu ili visokom učilištu ili drugoj ustanovi koja osigurava isti stupanj osposobljavanja i, kad je to potrebno, da je nositelj diplome završio stručno osposobljavanje koje se zahtijeva uz taj program na razini nakon završetka srednjeg obrazovanja.</p>			
<p>Članak 12.</p> <p>Jednaki tretman kvalifikacija</p> <p>Svaki dokaz o formalnoj osposobljenosti ili skup dokaza o formalnoj osposobljenosti koje je izdalo nadležno tijelo u državi članici, kojima se potvrđuje uspješno završeno osposobljavanje u Zajednici koje je ta država članica priznala kao istovjetno i koji nositelju tih dokaza dodjeljuju jednaka prava pristupa profesiji ili njegovog obavljanja ili ga pripremaju za obavljanje te profesije, smatrat će se dokazom o formalnoj osposobljenosti obuhvaćenim u članku 11., uključujući i stupanj o kojem je riječ.</p> <p>Svaka stručna kvalifikacija koja, iako ne ispunjava zahtjeve sadržane u zakonskim i drugim propisima koji su na snazi u matičnoj državi članici za pristup profesiji ili njezino obavljanje, nositelju kvalifikacija dodjeljuje stečena prava na temelju tih propisa, također će se smatrati dokazom o formalnoj osposobljenosti prema istim uvjetima koji su određeni u prvom podstavku. To posebno vrijedi ako matična država članica povisi stupanj osposobljavanja potreban za pristup profesiji i njezino obavljanje, te ako pojedinac koji je prošao prethodno potrebno osposobljavanje koje ne ispunjava uvjete nove kvalifikacije koristi stečena prava na temelju nacionalnih</p>			

<p>zakona i drugih propisa; u tom slučaju država članica domaćin za potrebe primjene članka 13. smatra prethodno osposobljavanje istovjetnim stupnju novog osposobljavanja.</p>			
<p>Članak 13.</p> <p>Uvjeti priznavanja</p> <p>1. Ako se za pristup reguliranoj profesiji ili njezino obavljanje u državi članici domaćinu zahtijevaju posebne stručne kvalifikacije, nadležno tijelo te države članice je pod istim uvjetima koji se primjenjuju na njezine državljane dužno dozvoliti pristup toj profesiji i njezino obavljanje podnositeljima zahtjeva koji imaju potvrdu kompetencije ili dokaz o formalnoj osposobljenosti koji zahtijeva druga država članica za pristup toj profesiji i njezinom obavljanju na njezinom državnom području.</p> <p>Potvrde o stručnosti ili dokaz o formalnoj osposobljenosti moraju ispunjavati sljedeće uvjete:</p> <p>(a) biti izdane od strane nadležnog tijela u državi članici određeno u skladu sa zakonskim i drugim propisima te države članice;</p> <p>(b) potvrđivati stupanj stručne kvalifikacije koji je najmanje istovjetan stupnju koji je za jedan stupanj niži od onog koji se zahtijeva u državi članici domaćinu, kako je navedeno u članku 11.</p> <p>2. Pristup profesiji i njezino obavljanje, kako je navedeno u stavku 1., odobrava se i podnositeljima zahtjeva koji su obavljali profesiju iz navedenog stavka dvije godine s punim radnim vremenom tijekom prethodnih 10 godina u drugoj državi članici koja tu profesiju ne regulira, pod uvjetom da imaju jednu ili više potvrda o stručnosti ili dokumenata koji dokazuju formalnu osposobljenost.</p> <p>Potvrde o stručnosti i dokaz o formalnoj osposobljenosti moraju ispunjavati sljedeće uvjete:</p> <p>(a) mora ih izdati nadležno tijelo u državi članici, određeno u skladu sa zakonskim i drugim propisima te države članice;</p>			

<p>(b) moraju potvrđivati stupanj stručne kvalifikacije koji je najmanje istovjetan stupnju koji je za jedan stupanj niži od onog koji se zahtijeva u državi članici domaćinu, kako je navedeno u članku 11.;</p> <p>(c) moraju potvrđivati da je njihov nositelj pripremljen za obavljanje profesije o kojoj je riječ.</p> <p>Međutim, dvogodišnje stručno iskustvo navedeno u prvom podstavku ne smije se zahtijevati ako dokaz o formalnoj osposobljenosti koju podnositelj ima potvrđuje uređeno obrazovanje i osposobljavanje u smislu članka 3. stavka 1. točke (e) na stupnjevima kvalifikacija navedenim u članku 11. točkama (b), (c), (d) ili (e). Uređeno usavršavanje i osposobljavanje navedeni u Prilogu III. smatraju se takvim reguliranim usavršavanjem i osposobljavanjem na stupnju navedenom u članku 11. točki (c). Popis iz Priloga III. može se izmijeniti u skladu s postupkom navedenim u članku 58. stavku 2. kako bi se uzelo u obzir regulirana edukacija i osposobljavanje koje predviđa usporediv stručni standard i koje priprema polaznika tečaja osposobljavanja za usporediv stupanj odgovornosti i djelatnosti.</p> <p>3. Iznimno od stavka 1. točke (b) i stavka 2. točke (b), država članica domaćin dozvolit će pristup reguliranoj profesiji i njezino obavljanje kad se za pristup toj profesiji na njezinom državnom području zahtijeva dokaz o kvalifikacijama kojim se potvrđuje uspješno završen četverogodišnji studij na visokom učilištu ili sveučilištu i kad podnositelj ima kvalifikaciju navedenu u članku 11. točki (c).</p>			
<p>Članak 14.</p> <p>Kompenzacijske mjere</p> <p>1. Članak 13. ne sprečava državu članicu domaćina da od podnositelja zahtijeva razdoblje prilagodbe do tri godine ili provjeru osposobljenosti ako:</p> <p>(a) je trajanje osposobljavanja za koje je pružio dokaz u skladu s uvjetima iz članka 13. stavka 1. ili 2. najmanje godinu dana kraće od onog koje zahtijeva država članica domaćin;</p> <p>(b) završeno osposobljavanje obuhvaća znatno drukčiju građu od one koja je obuhvaćena dokazom o formalnoj osposobljenosti koja se zahtijeva u državi članici domaćinu;</p> <p>(c) regulirana profesija u državi članici domaćinu sadrži jednu ili više uređenih profesionalnih djelatnosti koje ne postoje u odgovarajućoj profesiji u matičnoj državi članici podnositelja u smislu članka 4. stavka 2., a ta se razlika odnosi na posebno osposobljavanje koje se zahtijeva u državi članici domaćinu i koje obuhvaća znatno drukčiju građu od one obuhvaćene u potvrdi stručnosti podnositelja ili u dokazu o njegovoj formalnoj osposobljenosti.</p>			

2. Ako država članica domaćin koristi mogućnost predviđenu u stavku 1., ona mora podnositelju ponuditi izbor između razdoblja prilagodbe i provjere osposobljenosti.

Kad država članica s obzirom na određenu profesiju smatra da je potrebno odstupiti od zahtjeva određenih u prethodnom podstavku, koji se odnose na to da se podnositelju omogućuje izbor između razdoblja prilagodbe i provjere osposobljenosti, o tome se unaprijed obavješćuju druge države članice i Komisija, i pruža dostatno opravdanje za to odstupanje.

Ako nakon što primi sve potrebne podatke Komisija smatra da je odstupanje navedeno u drugom podstavku neprimjereno, odnosno da nije u skladu s pravom Zajednice, zatražit će u roku od tri mjeseca od predmetne države članice da se uzdrži od poduzimanja predviđene mjere. Ako u spomenutom roku odgovor Komisije izostane, odstupanje se može primijeniti.

3. Iznimno od načela prema kojem podnositelj ima pravo izbora, kako je određeno u stavku 2. za profesije čije obavljanje zahtijeva određeno poznavanje nacionalnog prava i kod kojih je pružanje savjeta i/ili pomoći u vezi s nacionalnim pravom bitan i stalan aspekt profesionalne djelatnosti, država članica domaćin može propisati razdoblje prilagodbe ili provjeru osposobljenosti.

To se također primjenjuje i na slučajeve navedene u članku 10. točkama (b) i (c), članku 10. točki (d) koja se odnosi na liječnike i doktore dentalne medicine, u članku 10. točki (f) kad migrant traži priznavanje u drugoj državi članici u kojoj odgovarajuće profesionalne djelatnosti obavljaju medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu ili specijalizirane medicinske sestre koje imaju dokaz o formalnoj osposobljenosti za specijaliste koji su završili osposobljavanje na temelju kojeg se dobiva profesionalni naziv naveden u Prilogu V. točki 5.2.2. i članku 10. točki (g).

U slučajevima obuhvaćenim člankom 10. točkom (a), država članica domaćin može zahtijevati razdoblje prilagodbe ili provjeru osposobljenosti ako migrant namjerava obavljati profesionalne djelatnosti kao samozaposlena osoba ili direktor poduzeća, koje zahtijevaju poznavanje i primjenu posebnih nacionalnih propisa koji su na snazi, pod uvjetom da nadležna tijela države članice domaćina zahtijevaju poznavanje i primjenu tih propisa za pristup tim aktivnostima i od svojih državljana.

<p>4. Za potrebe primjene stavka 1. točaka (b) i (c), „bitno različita građa” znači građu čije je poznavanje bitno za bavljanje profesijom i s obzirom na koju se osposobljavanje koje je migrant završio bitno razlikuje u pogledu trajanja i sadržaja od onog koje zahtijeva država članica domaćin.</p> <p>5. Stavak 1. primjenjuje se poštujući načelo proporcionalnosti. Ako država članica domaćin namjerava zahtijevati od podnositelja da obavi razdoblje prilagodbe, odnosno da položi provjeru osposobljenosti, ona najprije mora utvrditi je li znanje koje je podnositelj stekao tijekom svojega stručnog iskustva u državi članici, ili u nekoj trećoj zemlji, takve prirode da u cijelosti ili djelomično obuhvaća bitne razlike navedene u stavku 4.</p>			
<p>Članak 15.</p> <p>Odricanje od kompenzacijskih mjera na temelju zajedničkih platformi</p> <p>1. Za potrebe ovog članka, „zajednička platforma” znači skup kriterija za stručne kvalifikacije koji su prikladni za usklađivanje bitnih razlika utvrđenih među zahtjevima osposobljavanja koji za određenu profesiju postoje u različitim državama članicama. Te se bitne razlike utvrđuju usporedbom trajanja i sadržaja osposobljavanja u najmanje dvije trećine država članica, uključujući sve države članice koje tu profesiju reguliraju. Razlike u sadržaju osposobljavanja mogu biti posljedica znatnih razlika u područjima koja profesionalne djelatnosti pokrivaju.</p> <p>2. Zajedničke platforme, kako su određene u stavku 1., mogu Komisiji podnijeti države članice ili strukovne udruge ili organizacije koje su predstavljene na nacionalnoj i europskoj razini. Ako Komisija nakon savjetovanja s državama članicama smatra da nacrt zajedničke platforme olakšava uzajamno priznavanje stručnih kvalifikacija, ona može predložiti nacrt mjera u svrhu njihova donošenja u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2.</p> <p>3. Ako stručne kvalifikacije podnositelja ispunjavaju kriterije utvrđene u mjeri usvojenoj u skladu sa stavkom 2., država članica domaćin odustat će od primjene kompenzacijskih mjera iz članka 14.</p> <p>4. Stavci od 1. do 3. ne utječu na nadležnost država članica da odlučuju o stručnim kvalifikacijama koje se zahtijevaju za obavljanje profesija na njihovom državnom području te na sadržaj i ustroj njihovih sustava obrazovanja i stručnog osposobljavanja.</p>			

<p>5. Ako država članica smatra da kriteriji utvrđeni mjerom usvojenom u skladu sa stavkom 2. više ne pružaju dovoljno jamstva s obzirom na stručne kvalifikacije, ona će o tome izvijestiti Komisiju koja će prema potrebi predložiti nacrt mjere u skladu s postupkom navedenim u članku 58. stavku 2.</p> <p>6. Komisija do 20. listopada 2010. Europskom parlamentu i Vijeću podnosi izvješće o primjeni ovog članka i prema potrebi odgovarajućim prijedlozima za njegovu izmjenu.</p> <p>POGLAVLJE II.</p> <p>Priznavanje stručnog iskustva</p>			
<p>Članak 16.</p> <p>Zahtjevi koji se odnose na stručno iskustvo</p> <p>Ako u državi članici pristup jednoj od djelatnosti navedenih u Prilogu IV. ili obavljanje te djelatnosti ovisi o općem, poslovnom ili stručnom znanju i sposobnostima, ta će država članica priznati prethodno obavljanje djelatnosti u drugoj državi članici kao dovoljan dokaz tog znanja i sposobnosti. Ta se djelatnost morala obavljati u skladu s člancima 17., 18. i 19.</p>			
<p>Članak 17.</p> <p>Djelatnosti navedene u popisu I. u Prilogu IV.</p> <p>1. U slučaju djelatnosti iz popisa I. u Prilogu IV., tu je djelatnost korisnik morao prethodno obavljati:</p> <p>(a) šest uzastopnih godina kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća; ili</p> <p>(b) tri uzastopne godine kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća, kad korisnik dokaže da je završio osposobljavanje u trajanju od najmanje tri godine za djelatnost o kojoj je riječ, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom; ili</p> <p>(c) četiri uzastopne godine kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća, kad korisnik može dokazati da je za djelatnost o kojoj je riječ prethodno završio osposobljavanje od najmanje dvije godine, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom; ili</p>			

<p>(d)tri uzastopne godine kao samozaposlena osoba, kad korisnik može dokazati da je obavljao djelatnost o kojoj je riječ kao samozaposlena osoba najmanje pet godina; ili</p> <p>(e)pet uzastopnih godina na rukovodećem položaju od kojih je najmanje tri godine obavljao tehničke dužnosti i bio odgovoran za najmanje jedan odjel u poduzeću, kad korisnik može dokazati da je za djelatnost o kojoj je riječ prethodno završio osposobljavanje od najmanje tri godine, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom.</p> <p>2. U slučaju (a) i (d) obavljanje djelatnosti nije smjelo završiti prije više od deset godina od dana kad je osoba o kojoj je riječ podnijela potpun zahtjev nadležnom tijelu iz članka 56.</p> <p>3. Stavak 1. točka (e) ne primjenjuje se na djelatnosti iz prijašnje skupine 855, frizerske salone, iz nomenklature ISIC.</p>			
<p>Članak 18.</p> <p>Djelatnosti navedene u popisu II. Priloga IV.</p> <p>1. U slučaju djelatnosti iz popisa II. Priloga IV., tu je djelatnost korisnik morao prethodno obavljati:</p> <p>(a) pet uzastopnih godina kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća; ili</p> <p>(b)tri uzastopne godine kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća, ako korisnik dokaže da je za djelatnost o kojoj je riječ prethodno završio osposobljavanje od najmanje tri godine, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom; ili</p> <p>(c)četiri uzastopne godine kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća, kad korisnik može dokazati da je za djelatnost o kojoj je riječ prethodno završio osposobljavanje od najmanje dvije godine, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom; ili</p> <p>(d)tri uzastopne godine kao samozaposlena osoba, ako korisnik može dokazati da je obavljao djelatnost o kojoj je riječ kao samostalni djelatnik najmanje pet godina; ili</p> <p>(e)pet uzastopnih godina kao zaposlena osoba, ako korisnik može dokazati da je prethodno završio osposobljavanje u trajanju od najmanje tri godine za djelatnost o kojoj je riječ, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom, ili</p> <p>(f)šest uzastopnih godina kao zaposlena osoba, ako korisnik može dokazati da je prethodno završio osposobljavanje u trajanju od najmanje dvije godine za djelatnost o kojoj je riječ, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom.</p>			

<p>2. U slučajevima (a) i (d) djelatnost nije smjela završiti prije više od deset godina prije dana kad je osoba o kojoj je riječ podnijela potpun zahtjev nadležnom tijelu iz članka 56.</p>			
<p>Članak 19.</p> <p>Djelatnosti navedene u popisu III. Priloga IV.</p> <p>1. U slučaju djelatnosti iz popisa III. Priloga IV., tu je djelatnost korisnik morao prethodno obavljati:</p> <p>(a) tri uzastopne godine kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća; ili</p> <p>(b) dvije uzastopne godine kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća, ako korisnik može dokazati da je prethodno završio osposobljavanje za djelatnost o kojoj je riječ, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom; ili</p> <p>(c) dvije uzastopne godine kao samozaposlena osoba ili kao direktor poduzeća, ako korisnik može dokazati da je obavljao djelatnost o kojoj je riječ kao zaposlenje najmanje tri godine; ili</p> <p>(d) tri uzastopne godine kao zaposlena osoba, ako korisnik može dokazati da je prethodno završio osposobljavanje za djelatnost o kojoj je riječ, što dokazuje svjedodžbom koju je priznala država članica ili koju je nadležno stručno tijelo ocijenilo potpuno valjanom.</p> <p>2. U slučajevima (a) i (c) djelatnost nije smjela završiti prije više od deset godina prije dana kad je osoba o kojoj je riječ podnijela potpun zahtjev nadležnom tijelu iz članka 56.</p>			

<p>Članak 20.</p> <p>Izmjena popisa djelatnosti iz Priloga IV.</p> <p>Popisi djelatnosti iz Priloga IV. na koje se primjenjuje priznavanje stručnog iskustva u skladu s člankom 16., mogu se mijenjati u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., kako bi se ažurirala ili razjasnila nomenklatura, pod uvjetom da to ne uključuje nikakve promjene kod djelatnosti povezanih s pojedinim kategorijama.</p>			
<p>POGLAVLJE III.</p> <p>Priznavanje na temelju usklađivanja minimalnih uvjeta osposobljavanja</p> <p>Odjeljak 1.</p> <p>Opće odredbe</p> <p>Članak 21.</p> <p>Načelo automatskog priznavanja</p> <p>1. Svaka država članica priznaje dokaze o formalnoj osposobljenosti za liječnike, koji omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom osposobljenošću i liječnika specijalista, kao i dokaze o formalnoj osposobljenosti za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, farmaceute i arhitekta, navedene u točkama 5.1.1., 5.1.2., 5.2.2., 5.3.2., 5.3.3., 5.4.2., 5.6.2. i 5.7.1. Priloga V., koji zadovoljavaju minimalne uvjete osposobljavanja iz članka 24., 25., 31., 34., 35., 38., 44. i 46. te u svrhu pristupa profesionalnim djelatnostima i njihovom obavljanju priznaje tim dokazima na svom državnom području jednaku valjanost kao i dokazima o formalnoj osposobljenosti koje sama izdaje.</p> <p>Takve dokaze o formalnoj osposobljenosti moraju izdati nadležna tijela država članica i treba im priložiti, gdje je to primjereno, dokumente navedene u točkama 5.1.1., 5.1.2., 5.2.2., 5.3.2., 5.3.3., 5.4.2., 5.6.2. i 5.7.1. Priloga V.</p> <p>Odredbe prvog i drugog podstavka ne utječu na stečena prava iz članka 23., 27., 33., 37., 39. i 49.</p> <p>2. Svaka država članica, u svrhu obavljanja opće medicinske prakse u okviru svog nacionalnog sustava socijalnog osiguranja, priznaje dokaze o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.1.4. Priloga V., koje su države</p>		<p>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članci čl. 177</p>

<p>članice izdale državljanima drugih država članica u skladu s minimalnim uvjetima osposobljavanja koji su utvrđeni člankom 28.</p> <p>Odredbe prethodnog podstavka ne utječu na stečena prava iz članka 30.</p> <p>3. Svaka država članica priznaje dokaze o formalnoj osposobljenosti za primalje navedene u točki 5.5.2. Priloga V., koje su države članice dodijelile državljanima drugih država članica, a koji zadovoljavaju minimalne uvjete osposobljavanja iz članka 40. i udovoljavaju kriterijima koji su utvrđeni člankom 41., te u svrhu pristupa profesionalnim djelatnostima i njihovog obavljanja, priznaje tim dokazima na svom državnom području jednaku valjanost kao i dokazima o formalnoj osposobljenosti koje sama izdaje. Ova odredba ne utječe na stečena prava iz članaka 23. i 43.</p> <p>4. Države članice nisu dužne priznati valjanost dokaza o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.6.2. Priloga V., za osnivanje novih javnih ljekarni. Za potrebe ovog stavka, novim se ljekarnama smatraju i ljekarne koje su otvorene manje od tri godine.</p> <p>5. Dokaz o formalnoj osposobljenosti za arhitekta iz točke 5.7.1. Priloga V., koji se automatski priznaje u skladu sa stavkom 1., dokazuje završen program osposobljavanja koji nije započeo prije referentne akademske godine iz tog Priloga.</p> <p>6. Svaka država članica za obavljanje i pristup profesionalnoj djelatnosti liječnika, medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu, doktora dentalne medicine, veterinar, primalja i farmaceuta, traži posjedovanje dokaza o formalnoj osposobljenosti iz točaka 5.1.1., 5.1.2., 5.1.4., 5.2.2., 5.3.2., 5.3.3., 5.4.2., 5.5.2. i 5.6.2. Priloga V., koji potvrđuju da je osoba tijekom svojeg osposobljavanja, gdje je to primjereno, stekla znanja i vještine iz članka 24. stavka 3., članka 31. stavka 6., članka 34. stavka 3., članka 38. stavka 3., članka 40. stavka 3. i članka 44. stavka 3.</p> <p>Znanje i vještine iz članka 24. stavka 3., članka 31. stavka 6., članka 34. stavka 3., članka 38. stavka 3., članka 40. stavka 3. i članka 44. stavka 3. mogu se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., kako bi se uskladili sa znanstvenim i tehničkim napretkom.</p> <p>Takvo ažuriranje ni u jednoj državi članici ne smije imati za posljedicu izmjene njezinih postojećih zakonskih načela u vezi sa strukturom profesije koja se odnosi na osposobljavanje i uvjete pristupa za fizičke osobe.</p>			
---	--	--	--

<p>7. Svaka država članica obavješćuje Komisiju o zakonskim i drugim propisima koje usvaja u vezi s izdavanjem dokaza o formalnoj osposobljenosti s područja koje pokriva ovo poglavlje. Uz to, za dokaze o formalnoj osposobljenosti s područja navedenog u Odjeljku 8., ta se obavijest upućuje ostalim državama članicama.</p> <p>Komisija objavljuje odgovarajuću komunikaciju u Službenom listu Europske unije, u kojem navodi nazive koje su usvojile države članice za dokaze o formalnoj osposobljenosti i, prema potrebi, tijelo koje izdaje dokaz o formalnoj osposobljenosti, potvrde koje se prilažu tom dokazu i odgovarajući profesionalni naziv iz točaka 5.1.1., 5.1.2., 5.1.3., 5.1.4., 5.2.2., 5.3.2., 5.3.3., 5.4.2., 5.5.2., 5.6.2. i 5.7.1. Priloga V.</p>			
<p>Članak 22.</p> <p>Zajedničke odredbe o osposobljavanju</p> <p>Što se tiče osposobljavanja iz članaka 24., 25., 28., 31., 34., 35., 38., 40., 44. i 46.:</p> <p>(a) države članice mogu odobriti izvanredno osposobljavanje pod uvjetima koje utvrde nadležna tijela; ta tijela osiguravaju da sveukupno trajanje, razina i kvaliteta takve osposobljavanja nije manja od redovnog osposobljavanja u punoj nastavnoj satnici;</p> <p>(b) u skladu s postupcima koji su specifični za svaku državu članicu, trajno obrazovanje i osposobljavanje osiguravaju osobama koje su završile svoj studij, da bi ostale u tijeku sa strukovnim kretanjima u mjeri koja im je potrebna za održavanje sigurne i učinkovite prakse.</p>			
<p>Članak 23.</p> <p>Stečena prava</p> <p>1. Ne dovodeći u pitanje stečena prava specifična za određene profesije, u slučaju kada dokazi o formalnoj osposobljenosti za liječnike, koji omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom osposobljenošću i liječnika specijalista, kao i dokazi o formalnoj osposobljenosti za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje i farmaceute koje posjeduju državljani država članica, ne udovoljavaju svim uvjetima osposobljavanja iz članaka 24., 25., 31., 34., 35., 38., 40. i 44., svaka država članica priznaje dovoljnim dokaze o formalnoj osposobljenosti koje su izdale te države članice, ako oni potvrđuju uspješno završeno osposobljavanje koje je započelo prije referentnog datuma iz točaka 5.1.1., 5.1.2., 5.2.2., 5.3.2., 5.3.3., 5.4.2., 5.5.2. i 5.6.2. Priloga V., te ako je uz njih priložena potvrda u</p>		<p>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici čl. 178</p>

kojoj se navodi da su osobe kojima je izdana učinkovito i zakonito obavljale djelatnost o kojoj je riječ najmanje tri godine za redom, unutar pet godina prije njezinog izdavanja.

2. Iste odredbe odnose se i na dokaze o formalnoj osposobljenosti za liječnike, koji omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom osposobljenošću i liječnika specijalista, kao i na dokaze o formalnoj osposobljenosti za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje i farmaceute, stečene na državnom području nekadašnje Demokratske Republike Njemačke, a koji ne udovoljavaju svim minimalnim zahtjevima za osposobljavanje iz članaka 24., 25., 31., 34., 35., 38., 40. i 44., ako ti dokazi potvrđuju uspješno završeno osposobljavanje koje je započelo prije:

(a) 3. listopada 1990. za liječnike s osnovnom osposobljenošću, medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine s osnovnom osposobljenošću, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje i farmaceute; i

(b) 3. travnja 1992. za liječnike specijaliste.

Dokazi o formalnoj osposobljenosti iz prvog podstavka daju nositelju pravo obavljanja profesionalne djelatnosti na čitavom državnom području Njemačke pod istim uvjetima kao i dokazi o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.1.1, 5.1.2, 5.2.2, 5.3.2, 5.3.3, 5.4.2, 5.5.2 i 5.6.2. Priloga V., koje su izdala nadležna njemačka tijela.

3. Ne dovodeći u pitanje odredbe članka 37. stavka 1., svaka država članica priznaje dokaze o formalnoj osposobljenosti za liječnike, koji omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom osposobljenošću i liječnika specijalista, kao i dokaze o formalnoj osposobljenosti za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, veterinare, primalje, farmaceute i arhitekte, koje je državljanima država članica izdala nekadašnja Čehoslovačka, ili za koje je osposobljavanje, za Češku Republiku i Slovačku, započelo prije 1. siječnja 1993., kada tijela bilo koje od dvije spomenute države članice potvrde da su ti dokazi o formalnoj osposobljenosti na njihovom državnom području jednake pravne valjanosti kao i dokazi o formalnoj osposobljenosti koje izdaju one same te, za arhitekte, kao dokazi o formalnoj osposobljenosti predviđeni za te države članice u točki 6. Priloga VI., u vezi s pristupom profesionalnim djelatnostima i njihovim obavljanjem, za liječnike s osnovnom osposobljenošću, liječnike specijaliste, medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, veterinare, primalje, farmaceute u odnosu na djelatnosti iz članka 45. stavka 2. i arhitekte u odnosu na djelatnosti iz članka 48.

Uz takvu potvrdu treba priložiti i potvrdu koju su izdala ta ista tijela, a u kojoj se navodi da su te osobe učinkovito i zakonito obavljale djelatnost o kojoj je riječ na njihovom državnom području najmanje tri godine za redom, unutar pet godina prije dana njezinog izdavanja.

<p>4. Svaka država članica priznaje dokaze o formalnoj osposobljenosti za liječnike, koji omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom osposobljenošću i liječnika specijalista, kao i dokaze o formalnoj osposobljenosti za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje, farmaceute i arhitekte, koje je državljanima država članica izdao nekadašnji Sovjetski Savez, ili čije je osposobljavanje počelo</p> <p>(a) za Estoniju, prije 20. kolovoza 1991.;</p> <p>(b) za Latviju, prije 21. kolovoza 1991.;</p> <p>(c) za Litvu, prije 11. ožujka 1990.,</p> <p>kada tijela bilo koje od triju spomenutih država članica potvrde da su ti dokazi na njihovom državnom području jednake pravne valjanosti kao i dokazi o formalnoj osposobljenosti koje izdaju one same te, za arhitekte, kao dokazi o formalnoj osposobljenosti predviđeni za te države članice u točki 6. Priloga VI., u vezi s pristupom profesionalnim djelatnostima i njihovim obavljanjem, za liječnike s osnovnom osposobljenošću, liječnike specijaliste, medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje, farmaceute u odnosu na djelatnosti iz članka 45. stavka 2. i arhitekte u odnosu na djelatnosti iz članka 48.</p> <p>Uz takvu potvrdu treba priložiti i potvrdu koju su izdala ta ista tijela, a u kojoj se navodi da su te osobe učinkovito i zakonito obavljale djelatnost o kojoj je riječ na njihovom državnom području najmanje tri godine za redom, unutar pet godina prije dana njezinog izdavanja.</p> <p>Što se tiče dokaza o formalnoj osposobljenosti za veterinare koje je izdao nekadašnji Sovjetski Savez ili za koje je osposobljavanje počelo, za Estoniju, prije 20. kolovoza 1991., uz potvrdu iz prethodnog podstavka treba priložiti i potvrdu koju su izdale vlasti u Estoniji, a u kojoj se navodi da su te osobe učinkovito i zakonito obavljale djelatnost o kojoj je riječ na njihovom državnom području najmanje pet godina za redom, unutar sedam godina prije dana njezinog izdavanja.</p> <p>5. Svaka država članica priznaje dokaze o formalnoj osposobljenosti za liječnike, koji omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom osposobljenošću i liječnika specijalista, kao i dokaze o formalnoj osposobljenosti za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje, farmaceute i arhitekte, koje je državljanima država članica izdala nekadašnja Jugoslavija, ili za koje je osposobljavanje započelo, za Sloveniju, prije 25. lipnja 1991., kada tijela gore spomenutih država članica potvrde da su ti dokazi na njihovom državnom području jednake pravne valjanosti kao i dokazi o formalnoj osposobljenosti koje izdaju one same te, za arhitekte, kao dokazi o formalnoj</p>			
--	--	--	--

<p>osposobljenosti predviđeni za te države članice točkom 6. Priloga VI., u vezi s pristupom profesionalnim djelatnostima i njihovim obavljanjem, za liječnike s osnovnom osposobljenošću, liječnike specijaliste, medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, specijaliste dentalne medicine, veterinare, primalje, farmaceute u odnosu na djelatnosti iz članka 45. stavka 2. i arhitekta u odnosu na djelatnosti iz članka 48.</p> <p>Uz takvu potvrdu treba priložiti i potvrdu koju su izdala ta ista tijela, a u kojoj se navodi da su te osobe učinkovito i zakonito obavljale djelatnost o kojoj je riječ na njihovom državnom području najmanje tri godine za redom, unutar pet godina prije dana njezinog izdavanja.</p> <p>6. Državljanima država članica čiji dokazi o formalnoj osposobljenosti za liječnike, medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, doktore dentalne medicine, veterinare, primalje i farmaceute nisu u skladu sa nazivima koji su dodijeljeni tim državama članicama u točkama 5.1.1., 5.1.2., 5.1.3., 5.1.4., 5.2.2., 5.3.2., 5.3.3., 5.4.2., 5.5.2. i 5.6.2. Priloga V., svaka država članica priznaje kao dovoljan dokaz, dokaze o formalnoj osposobljenosti koje su izdale te države članice i uz koje su priložene potvrde koje su izdale nadležne vlasti ili tijela.</p> <p>U potvrdi iz prvog podstavka navodi se da dokaz o formalnoj osposobljenosti potvrđuje uspješno završeno osposobljavanje u skladu s člancima 24., 25., 28., 31., 34., 35., 38., 40. i 44., a država članica koja ga je izdala smatra ga jednakim kvalifikacijama čiji su nazivi navedeni u točkama 5.1.1., 5.1.2., 5.1.3., 5.1.4., 5.2.2., 5.3.2., 5.3.3., 5.4.2., 5.5.2. i 5.6.2. Priloga V.</p>			
<p>Odjeljak 2.</p> <p>Liječnici</p> <p>Članak 24.</p> <p>Osnovno medicinsko osposobljavanje</p> <p>1. Za pristupanje osnovnom medicinskom osposobljavanju zahtijeva se posjedovanje diplome ili svjedodžbe koja omogućava pristup tim studijima na sveučilištima.</p> <p>2. Osnovno medicinsko osposobljavanje obuhvaća ukupno najmanje šest godina studija ili 5 500 sati teoretskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija na sveučilištu ili pod njegovim nadzorom.</p>		<p>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici čl. 168,170</p>

<p>Za osobe koje su studij započele prije 1. siječnja 1972., program osposobljavanja iz prvog podstavka može obuhvaćati šestomjesečno praktično osposobljavanje u punoj nastavnoj satnici na sveučilišnom stupnju pod nadzorom nadležnih tijela.</p> <p>3. Osnovno medicinsko osposobljavanje osigurava da je osoba stekla sljedeća znanja i vještine:</p> <p>(a)odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući i načela mjerenja bioloških funkcija, ocjenjivanja znanstveno utvrđenih činjenica i analize podataka;</p> <p>(b)dostatno razumijevanje strukture, funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;</p> <p>(c)odgovarajuće poznavanje kliničkih disciplina i postupaka, koje joj daje cjelovitu sliku o duševnim i tjelesnim bolestima, o medicini sa stajališta profilakse, dijagnoze i terapije te o ljudskom razmnožavanju;</p> <p>(d) odgovarajuće kliničko iskustvo u bolnicama pod odgovarajućim nadzorom.</p>			
<p>Članak 25.</p> <p>Specijalističko medicinsko usavršavanje</p> <p>1. Za pristupanje specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24., tijekom kojega je polaznik stekao odgovarajuće znanje iz osnovne medicine.</p> <p>2. Specijalističko medicinsko usavršavanje obuhvaća teoretsko i praktično usavršavanje na sveučilištu ili u kliničkoj bolnici ili, prema potrebi, u zdravstvenoj ustanovi koju su u tu svrhu ovlastile nadležne vlasti ili tijela.</p> <p>Države članice osiguravaju da minimalno trajanje specijalističkog medicinskog tečaja usavršavanja iz točke 5.1.3. Priloga V. nije kraće od trajanja predviđenog u toj točki. Usavršavanje se odvija pod nadzorom nadležnih vlasti ili tijela. Ono uključuje osobno sudjelovanje liječnika specijalizanta u djelatnostima i odgovornostima koje proizlaze iz tih usluga.</p> <p>3. Usavršavanje se provodi u punoj satnici u posebnim ustanovama koje priznaju nadležne vlasti. Ono obuhvaća sudjelovanje u svim medicinskim djelatnostima odjela na kojemu se usavršavanje odvija, uključujući dežurstva, tako da specijalizant posvećuje sve svoje profesionalne djelatnosti svojem praktičnom i teoretskom usavršavanju</p>	<p>Članak 53.</p> <p>U članku 182. u stavku 6. iza riječi: „članka“ dodaju se riječi: „i imenovanju glavnog mentora, odnosno mentora“.</p> <p>Iza stavka 7. dodaje se stavak 8. koji glasi:</p>	<p>Djelomično preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članci čl. 182,183,184</p>

<p>tijekom cijelog radnog tjedna i čitave godine, u skladu s uvjetima koje su utvrdila nadležna tijela. Sukladno tome, na tim se radnim mjestima dobiva primjerena naknada za rad.</p> <p>4. Države članice za izdavanje dokaza o specijalističkom medicinskom usavršavanju zahtijevaju posjedovanje dokaza o osnovnom medicinskom osposobljavanju iz točke 5.1.1. Priloga V.</p> <p>5. Minimalna razdoblja usavršavanja iz točke 5.1.3. Priloga V. mogu se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., radi njihovog usklađivanja sa znanstvenim i tehničkim napretkom.</p>	<p>„(8) Iznimno od stavka 4. ovoga članka ministar može godišnjim planom odobriti dodatni broj potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koje nisu obuhvaćene Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja a ako te specijalizacije nije bilo moguće iz objektivnih razloga planirati u Nacionalnom planu specijalističkog</p>		
---	---	--	--

	<p>usavršavanj a.“.</p> <p>Članak 54.</p> <p>U članku 183. stavak 3. mijenja se i glasi:</p> <p>„(3) Standarde i način prijama specijalizan ata pravilnikom propisuje ministar, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.“</p> <p>Iza stavka 3. dodaje se novi stavak 4. koji glasi:</p>		
--	--	--	--

	<p>„(4) Način polaganja specijalističkog ispita odnosno ispita iz uže specijalizacije te standarde za određivanje ovlaštenih zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava i zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu za provođenje specijalističkog staža pravilnikom propisuje ministar, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.“</p>		
--	--	--	--

	<p>Dosadašnji stavak 4. koji postaje stavak 5. mijenja se i glasi:</p> <p>„(5) Ako tijelo iz stavka 3. i 4. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 3. i 4. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“</p> <p>Članak 55.</p> <p>U članku 184. stavku 4. riječ: „imenuje ministar iz</p>		
--	---	--	--

	<p>redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti“ zamjenjuju se riječima: „određuje Ministarstvo iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnosti s liste ispitivača iz stavka 6. ovoga članka.“.</p> <p>Članak 56.</p> <p>Iza članka 184. dodaje se članak 184.a koji glasi:</p>		
--	--	--	--

	<p>„Članak 184.a</p> <p>(1) Iznimno od članka 184. ovoga Zakona kandidat, doktor medicine, može polagati europski specijalistič ki ispit pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS).</p> <p>(2) Kandidat iz stavka 1. ovog članka obvezan je provesti cjelokupni propisani program</p>		
--	--	--	--

	<p>specijalističkog usavršavanja, a stečene kompetencije potvrđuju glavni mentor i mentor.</p> <p>(3) Ministarstvo o rješenju priznaje europski specijalistički ispit položen pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS) i daje pravo na korištenje specijalističkog naziva propisanog u Republici Hrvatskoj.</p>		
--	---	--	--

	<p>(4) Uz zahtjev za donošenje rješenja iz stavka 3. ovog članka podnositelj zahtjeva dostavlja dokaz o položenom europskom specijalističkom ispitu UEMS i o obavljenom cjelokupnom programu specijalističkog usavršavanja.</p>		
	<p>(5) Protiv rješenja iz stavka 3. ovoga članka nije dopuštena</p>		

	<p>žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.“.</p>		
<p>Članak 26.</p> <p>Vrste specijalističkog medicinskog usavršavanja</p> <p>Dokaz o formalnoj osposobljenosti za liječnika specijalista iz članka 21. jest dokaz koji su izdale nadležne vlasti ili tijela iz točke 5.1.2. Priloga V. za dotično specijalističko usavršavanje, a koji odgovara profesionalnim nazivima koji se koriste u različitim državama članicama i navedeni su u točki 5.1.3. Priloga V.</p> <p>O uključivanju u točku 5.1.3. Priloga V. novih medicinskih specijalizacija koje su zajedničke u najmanje dvije petine država članica može se odlučivati u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., radi ažuriranja ove Direktive u svjetlu promjena u nacionalnom zakonodavstvu.</p>			
<p>Članak 27.</p> <p>Stečena prava liječnika specijalista</p> <p>1. Država članica domaćin može od liječnika specijalista, čije je izvanredno specijalističko medicinsko usavršavanje bilo uređeno zakonskim i drugim propisima koji su na snazi od 20. lipnja 1975., a koji su započeli svoje specijalističko usavršavanje najkasnije do 31. prosinca 1983., zahtijevati da svojim dokazima o formalnoj osposobljenosti prilože potvrdu u kojoj je navedeno da su oni stvarno i zakonito obavljali odgovarajuće djelatnosti najmanje tri uzastopne godine tijekom pet godina koje su prethodile izdavanju te potvrde.</p> <p>2. Svaka država članica priznaje kvalifikaciju liječnika specijalista koja je u Španjolskoj dodijeljena liječnicima koji su završili svoje specijalističko usavršavanje prije 1. siječnja 1995., čak i kad to usavršavanje ne zadovoljava minimalne uvjete usavršavanja predviđenog u članku 25., ako je dokazu o toj kvalifikaciji priložena svjedodžba,</p>			

<p>koju su izdale nadležne španjolske vlasti i koja potvrđuje da je ta osoba položila ispit iz posebnog specijalističkog usavršavanja koji je održan u skladu s izvanrednim mjerama u vezi s priznavanjem, utvrđenima Kraljevskom uredbom 1497/99., kako bi se provjerilo je li stupanj znanja i vještina takve osobe usporediv sa znanjem i vještinama liječnika koji posjeduju dokaz o kvalifikaciji za liječnika specijalista, koji je za Španjolsku utvrđen u točkama 5.1.2. i 5.1.3. Priloga V.</p> <p>3. Svaka država članica koja je ukinula svoje zakone i druge propise koji se odnose na dodjeljivanje dokaza o formalnoj osposobljenosti za liječnika specijalista iz točaka 5.1.2. i 5.1.3. Priloga V. i koja je usvojila mjere koje se odnose na stečena prava koja pripadaju njezinim državljanima, priznaje državljanima drugih država članica pravo da iskoriste te mjere ako su ti dokazi o formalnoj osposobljenosti izdani prije datuma kad je država članica domaćin prestala izdavati takve dokaze za specijalizaciju o kojoj je riječ.</p> <p>Datumi stavljanja izvan snage tih propisa navedeni su u točki 5.1.3. Priloga V.</p>			
<p>Članak 28.</p> <p>Posebno usavršavanje iz opće medicine</p> <p>1. Za pristupanje posebnom usavršavanju iz opće medicine zahtijeva se da je završen i potvrđen šestogodišnji studij kao dio programa osposobljavanja iz članka 24.</p> <p>2. Posebno usavršavanje iz opće medicine, na temelju kojeg se dodjeljuju dokazi o formalnoj osposobljenosti koji su izdani prije 1. siječnja 2006., traje najmanje dvije godine u punoj nastavnoj satnici. Ako je dokaz o formalnoj osposobljenosti izdan nakon tog dana, osposobljavanje traje najmanje tri godine u punoj nastavnoj satnici.</p> <p>Ako program usavršavanja iz članka 24. obuhvaća praktično usavršavanje koje se odvija u ovlaštenoj bolnici s odgovarajućom opremom i uslugama opće medicine ili u sklopu ovlaštene ambulante opće medicine ili ovlaštenog doma zdravlja u kojemu liječnici pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu, trajanje tog praktičnog usavršavanja može se, do najviše godinu dana, uključiti u razdoblje iz prvog podstavka za potvrde o osposobljenosti koje su izdane 1. siječnja 2006. ili nakon tog dana.</p>			

<p>Mogućnost koja je predviđena u drugom podstavku dostupna je samo onim državama članicama u kojima je posebno usavršavanje iz opće medicine trajalo dvije godine od 1. siječnja 2001.</p> <p>3. Posebno usavršavanje iz opće medicine odvija se u punoj nastavnoj satnici, pod nadzorom nadležnih vlasti ili tijela. Više je praktične nego teoretske prirode.</p> <p>Praktično usavršavanje odvija se, s jedne strane, u razdoblju od najmanje šest mjeseci u ovlaštenoj bolnici s odgovarajućom opremom i uslugama i, s druge strane, u razdoblju od najmanje šest mjeseci u sklopu ovlaštene ambulante opće medicine ili ovlaštenog doma zdravlja u kojemu liječnici pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu.</p> <p>Praktično usavršavanje odvija se u suradnji s drugim zdravstvenim ustanovama ili strukturama koje se bave općom medicinom. Međutim, ne dovodeći u pitanje minimalna razdoblja navedena u drugom podstavku, praktično usavršavanje može se odvijati tijekom razdoblja od najviše šest mjeseci u drugim ovlaštenim ustanovama ili zdravstvenim strukturama koje se bave općom medicinom.</p> <p>Usavršavanje zahtijeva da polaznik osobno sudjeluje u profesionalnim djelatnostima i odgovornostima osoba s kojima radi.</p> <p>4. Kao uvjet za izdavanje dokaza o formalnoj osposobljenosti iz opće medicine, države članice zahtijevaju posjedovanje dokaza o formalnoj osposobljenosti iz osnovne medicinske osposobljenosti iz točke 5.1.1. Priloga V.</p> <p>5. Države članice mogu izdati dokaze o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.1.4. Priloga V. liječniku koji nije završio usavršavanje predviđeno ovim člankom, ali je završio drukčije, dodatno usavršavanje, koje potvrđuju dokazi o formalnoj osposobljenosti koje su izdala nadležna tijela u državi članici. Međutim, ona ne smiju dodjeljivati dokaze o formalnoj osposobljenosti osim ako se tim dokazima potvrđuje znanje koje je po kakvoći na istovjetnom stupnju kao znanje stečeno osposobljavanjem koje je predviđeno ovim člankom.</p> <p>Države članice, između ostalog, određuju opseg u kojemu dodatno usavršavanje i stručno iskustvo koje je podnositelj već stekao mogu zamijeniti usavršavanje predviđeno ovim člankom.</p> <p>Države članice mogu izdati dokaze o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.1.4. Priloga V. samo ako je podnositelj stekao najmanje šestomjesečno iskustvo iz opće medicine u ambulanti opće medicine ili u domu zdravlja u kojemu liječnici pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu onih vrsta koje su navedene u stavku 3.</p>			
---	--	--	--

<p>Članak 29.</p> <p>Obavljanje profesije liječnika opće medicine</p> <p>Svaka država članica, u skladu s odredbama koje se odnose na stečena prava, za obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine u okviru svojeg nacionalnog sustava socijalne sigurnosti zahtijeva posjedovanje dokaza o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.1.4. Priloga V.</p> <p>Države članice mogu od ovog uvjeta izuzeti osobe koje su trenutačno uključene u posebno usavršavanje iz opće medicine.</p>			
<p>Članak 30.</p> <p>Stečena prava liječnika opće medicine</p> <p>1. Svaka država članica određuje stečena prava. Međutim, ona kao stečeno pravo mora priznati pravo obavljanja djelatnosti liječnika opće medicine u okviru svojeg nacionalnog sustava socijalne sigurnosti, bez dokaza o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.1.4. Priloga V., svim liječnicima koji na referentni datum naveden u toj točki imaju to pravo na temelju odredaba koje vrijede za liječničku profesiju i omogućuju pristup profesionalnim djelatnostima liječnika s osnovnom osposobljenošću, te koji na taj datum imaju poslovni nastan na njezinom državnom području, u skladu s odredbama članka 21. ili članka 23.</p> <p>Nadležne vlasti svake države članice na zahtjev izdaju potvrdu o pravu na obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine u okviru njihovih nacionalnih sustava socijalne sigurnosti, bez dokaza iz točke 5.1.4. Priloga V., liječnicima koji imaju stečena prava u skladu s prvim podstavkom.</p> <p>2. Svaka država članica priznaje potvrde iz drugog podstavka stavka 1., koje su države članice izdale državljanima drugih država članica i takvim potvrdama priznaje jednaku valjanost na svojem državnom području kao dokazu o formalnoj osposobljenosti koje ona izdaje, a kojima dozvoljava obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine u okviru svojeg nacionalnog sustava socijalne sigurnosti.</p>			

<p>Odjeljak 3.</p> <p>Medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu</p> <p>Članak 31.</p> <p>Osposobljavanje medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu</p> <p>1. Za pristupanje osposobljavanju za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu zahtijeva se završeno desetogodišnje opće obrazovanje, potvrđeno diplomom, svjedodžbom ili drugim dokazima koje su izdale nadležne vlasti ili tijela u državi članici, ili svjedodžbom kojom se potvrđuje uspjeh na ispitu, jednakog stupnja, za pristupanje školi za medicinske sestre.</p> <p>2. Osposobljavanje medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu odvija se u punoj nastavnoj satnici i uključuje najmanje program opisan u točki 5.2.1. Priloga V.</p> <p>Sadržaj naveden u točki 5.2.1. Priloga V. može se mijenjati u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., radi njegovog usklađivanja sa znanstvenim i tehničkim napretkom.</p> <p>Takvo ažuriranje ni u jednoj državi članici ne smije imati za posljedicu izmjene njezinih postojećih zakonskih načela u vezi sa strukturom profesije koja se odnosi na osposobljavanje i uvjete pristupa za fizičke osobe.</p> <p>3. Osposobljavanje medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu obuhvaća najmanje tri godine studija ili 4 600 sati teoretskog i kliničkog osposobljavanja, pri čemu trajanje teoretskog osposobljavanja predstavlja najmanje jednu trećinu, a trajanje kliničkog osposobljavanja najmanje jednu polovinu minimalnog trajanja osposobljavanja. Države članice mogu priznati djelomična izuzeća osobama koje su dio svojeg osposobljavanja stekle na programima studija koji su najmanje jednakog stupnja.</p> <p>Države članice osiguravaju da su institucije koje pružaju osposobljavanje medicinskih sestara odgovorne za usklađivanje teoretskog i kliničkog osposobljavanja tijekom cjelokupnog studijskog programa.</p> <p>4. Teoretsko osposobljavanje je onaj dio osposobljavanja za medicinsku sestru u kojemu polaznice tečaja za medicinsku sestru stječu stručno znanje, razumijevanje i vještine koje su potrebne za organiziranje, pružanje i procjenu cjelovite zdravstvene njege. Osposobljavanje pružaju nastavnici zdravstvene njege i druge nadležne osobe, u školama za medicinske sestre i drugim obrazovnim ustanovama koje je odabrala obrazovna institucija.</p>		Nije preuzeto	Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici 168,170
---	--	---------------	---

<p>5. Kliničko osposobljavanje je onaj dio izobrazbe za medicinsku sestru u kojem polaznice tečaja osposobljavanja za medicinsku sestru uče, u timu i u izravnom kontaktu sa zdravim ili bolesnim pojedincima i/ili zajednicom, organizirati, pružati i procjenjivati potrebnu cjelovitu zdravstvenu njegu, na temelju znanja i vještina koje su stekle. Polaznica uči ne samo kako raditi u timu, već i kako voditi tim te kako organizirati cjelovitu zdravstvenu njegu, što uključuje i zdravstveno obrazovanje za pojedince i male skupine, unutar zdravstvenih ustanova ili u zajednici.</p> <p>Ovo se osposobljavanje odvija u bolnicama i drugim zdravstvenim institucijama te u zajednici, pod odgovornošću nastavnika zdravstvene njege, u suradnji s drugim kvalificiranim medicinskim sestrama, odnosno uz njihovu pomoć. Ostalo kvalificirano osoblje također može sudjelovati u nastavnom procesu.</p> <p>Polaznice tečaja osposobljavanja za medicinsku sestru sudjeluju u djelatnostima predmetnog odjela ako su te djelatnosti primjerene njihovoj izobrazbi, što im omogućuje da nauče preuzimati odgovornosti uključene u zdravstvenu njegu.</p> <p>6. Osposobljavanje medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu mora osigurati da je osoba stekla sljedeća znanja i vještine:</p> <p>(a) odgovarajuće poznavanje znanosti na kojima se temelji opća zdravstvena njega, uključujući dostatno razumijevanje strukture, fizioloških funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegovog fizičkog i društvenog okruženja;</p> <p>(b) dostatno poznavanje naravi i etike struke, te općih načela zdravlja i zdravstvene njege;</p> <p>(c) odgovarajuće kliničko iskustvo; takvo iskustvo, koje se treba odabrati zbog svoje obrazovne vrijednosti, treba se stjecati pod nadzorom kvalificiranog sestrinskog osoblja i na mjestima na kojima su broj kvalificiranog osoblja i oprema primjereni za zdravstvenu njegu pacijenta;</p> <p>(d) sposobnost sudjelovanja u praktičnom osposobljavanju zdravstvenog osoblja i iskustvo u radu s tim osobljem;</p> <p>(e) iskustvo u radu s članovima ostalih profesija u zdravstvenom sektoru.</p>			
--	--	--	--

<p>Članak 32.</p> <p>Obavljanje profesije medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu</p> <p>Za potrebe ove Direktive, djelatnosti medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu su djelatnosti koje se obavljaju profesionalno, a koje su navedene u točki 5.2.2. Priloga V.</p>			
<p>Članak 33.</p> <p>Stečena prava medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu</p> <p>1. Kad se opća pravila o stečenim pravima primjenjuju na medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu, djelatnosti iz članka 23. morale su uključivati preuzimanje pune odgovornost za planiranje, organiziranje i provođenje zdravstvene njege koja se pruža pacijentu.</p> <p>2. U pogledu kvalifikacija medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu stečenih u Poljskoj, primjenjuju se samo sljedeće odredbe o stečenim pravima. Državljanima država članica čiji su dokazi o formalnoj osposobljenosti za medicinsku sestru za opću zdravstvenu njegu dodijeljeni u Poljskoj, odnosno čije je osposobljavanje počelo u Poljskoj prije 1. svibnja 2004., a koji ne zadovoljavaju minimalne uvjete osposobljavanja navedene u članku 31., države članice priznaju sljedeće dokaze o formalnoj osposobljenosti za medicinsku sestru za opću zdravstvenu njegu kao dostatan dokaz, ako im je priložena potvrda u kojoj je navedeno da su ti državljani država članica stvarno i zakonito obavljali tu djelatnost u Poljskoj u dolje određenom razdoblju:</p> <p>(a) dokaz o formalnoj osposobljenosti za medicinsku sestru na dodiplomskom stupnju (dyplom licencjata pielęgniarstwa) – najmanje tri uzastopne godine tijekom pet godina prije dana izdavanja potvrde,</p> <p>(b) dokaz o formalnoj osposobljenosti za medicinsku sestru kojim se potvrđuje završeno poslijesrednjoškolsko obrazovanje stečeno u strukovnoj medicinskoj školi (dyplom pielęgniarce albo pielęgniarce dyplomowanej) – najmanje pet uzastopnih godina tijekom sedam godina prije dana izdavanja potvrde.</p> <p>Navedene djelatnosti morale su uključivati preuzimanje pune odgovornosti za planiranje, organiziranje i provođenje zdravstvene njege koja se pruža pacijentu.</p> <p>3. Države članice priznaju dokaze o formalnoj osposobljenosti iz zdravstvene njege, koji su u Poljskoj dodijeljeni onim medicinskim sestrama koje su prije 1. svibnja 2004. završile osposobljavanje koje nije zadovoljavalo</p>			

<p>minimalne uvjete osposobljavanja navedene u članku 31., a koja je potvrđena diplomom „diplomirani” dobivenom na temelju posebnog programa usavršavanja iz članka 11. Zakona od 20. travnja 2004. o izmjenama Zakona o profesijama medicinske sestre i primalje i o nekim drugim pravnim aktima (Službeni list Republike Poljske od 30. travnja 2004., br. 92, pos. 885), te Uredbe ministra zdravstva od 11. svibnja 2004. o detaljnim uvjetima obavljanja studija za medicinske sestre i primalje, koje imaju svjedodžbu o završenoj srednjoj školi (završni ispit – matura) i diplomantice su medicinske gimnazije ili strukovnih medicinskih škola za profesije medicinske sestre i primalje (Službeni list Republike Poljske od 13. svibnja 2004., br. 110, pos. 1170), kako bi se provjerilo je li stupanj znanja i sposobnosti takve osobe usporediv sa znanjem i sposobnostima medicinskih sestara koje imaju kvalifikacije koje su, u slučaju Poljske, određene u točki 5.2.2. Priloga V.</p>			
<p>Odjeljak 4.</p> <p>Doktori dentalne medicine</p> <p>Članak 34.</p> <p>Osnovno osposobljavanje doktora dentalne medicine</p> <p>1. Za pristupanje osnovnom osposobljavanju doktora dentalne medicine zahtijeva se posjedovanje diplome ili svjedodžbe koja omogućuje pristup tim studijima na sveučilištima ili visokim učilištima, kojima je priznat jednak stupanj u državi članici.</p> <p>2. Osnovno osposobljavanje doktora dentalne medicine obuhvaća ukupno najmanje pet godina redovnog teoretskog i praktičnog studija, koji obuhvaća najmanje program opisan u točki 5.3.1. Priloga V., koji se obavlja na sveučilištu ili na visokom učilištu koje pruža osposobljavanje kojem je priznat jednak stupanj ili koje je pod nadzorom sveučilišta.</p> <p>Sadržaj naveden u točki 5.3.1. Priloga V., može se mijenjati u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., radi njegovog usklađivanja sa znanstvenim i tehničkim napretkom.</p> <p>Takvo ažuriranje ni u jednoj državi članici ne smije imati za posljedicu izmjene njezinih postojećih zakonskih načela u vezi sa strukturom profesija koja se odnosi na osposobljavanje i uvjete pristupa za fizičke osobe.</p>		<p>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici 168,170</p>

<p>3. Osnovno osposobljavanje doktora dentalne medicine mora osigurati da je osoba stekla sljedeća znanja i vještine:</p> <p>(a) primjereno poznavanje znanosti na kojoj se temelji dentalna medicina i dobro razumijevanje znanstvenih metoda, uključujući načela mjerenja bioloških funkcija, procjenu znanstveno utvrđenih činjenica i analizu podataka;</p> <p>(b) primjereno poznavanje građe, fiziologije i ponašanja zdrave i bolesne osobe, kao i utjecaja prirodnog i društvenog okruženja na zdravstveno stanje čovjeka, ako ti čimbenici utječu na dentalnu medicinu;</p> <p>(c) primjereno poznavanje strukture i funkcije zubi, usne šupljine, čeljusti i poveznih tkiva, zdravih i bolesnih, i njihove povezanosti s općim zdravstvenim stanjem i fizičkom i socijalnom dobrobiti pacijenta;</p> <p>(d) primjereno poznavanje kliničkih disciplina i metoda koje daju doktorima dentalne medicine jasnu sliku o anomalijama, ozljedama i bolestima zubi, usne šupljine, čeljusti i povezanih tkiva, i o preventivi, dijagnostici i terapijskoj dentalnoj medicini;</p> <p>(e) odgovarajuće kliničko iskustvo pod primjerenim nadzorom.</p> <p>Ovo osposobljavanje mora doktoru dentalne medicine osigurati vještine potrebne za obavljanje svih aktivnosti koje uključuju prevenciju, dijagnostiku i liječenje anomalija i bolesti zubi, usne šupljine, čeljusti i povezanih tkiva.</p>			
<p>Članka 35.</p> <p>Specijalističko usavršavanje doktora dentalne medicine</p> <p>1. Za pristup specijalističkom usavršavanju doktora dentalne medicine zahtijeva se završen i potvrđen petogodišnji teoretski i praktični studij u okviru osposobljavanja iz članka 34. ili posjedovanje dokumenata iz članka 23. i 37.</p> <p>2. Specijalističko usavršavanje doktora dentalne medicine obuhvaća teoretski i praktični studij u sveučilišnom centru, zdravstvenom nastavnom i istraživačkom centru, ili prema potrebi, u zdravstvenoj ustanovi koju su u tu svrhu odobrile nadležne službe ili tijela.</p> <p>Redovni specijalistički programi dentalne medicine traju minimalno tri godine, a izvode se pod nadzorom nadležnih službi ili tijela. Takvo usavršavanje uključuje osobno sudjelovanje doktora dentalne medicine koji je na specijalizaciji u aktivnosti i odgovornostima dotične ustanove.</p>	<p>Članak 53.</p> <p>U članku 182. u stavku 6. iza riječi: „članka“ dodaju se riječi: „i imenovanju glavnog mentora, odnosno mentora“.</p>	<p>Djelomično preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članci čl. 182, 183, 184</p>

<p>Minimalno razdoblje usavršavanja iz drugog podstavka može se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., u svrhu prilagodbe znanstvenom i tehničkom napretku.</p> <p>3. Države članice za izdavanje dokaza o specijalističkom usavršavanju doktora dentalne medicine zahtijevaju posjedovanje dokaza o osnovnom osposobljavanju doktora dentalne medicine iz točke 5.3.2. Priloga V.</p>	<p>Iza stavka 7. dodaje se stavak 8. koji glasi:</p> <p>„(8) Iznimno od stavka 4. ovoga članka ministar može godišnjim planom odobriti dodatni broj potrebnih specijalizacija i užih specijalizacija koje nisu obuhvaćene Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja a ako te specijalizacije nije bilo moguće iz objektivnih razloga</p>		
--	---	--	--

	<p>planirati u Nacionalnom planu specijalističkog usavršavanja.“</p> <p>Članak 54.</p> <p>U članku 183. stavak 3. mijenja se i glasi:</p> <p>„(3) Standarde i način prijama specijalizanta pravilnikom propisuje ministar, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.“</p> <p>Iza stavka 3.</p>		
--	--	--	--

	<p>dodaje se novi stavak 4. koji glasi:</p> <p>„(4) Način polaganja specijalističkog ispita odnosno ispita iz uže specijalizacije te standarde za određivanje ovlaštenih zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava i zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu za provođenje specijalističkog staža pravilnikom propisuje ministar, uz prethodno pribavljeno</p>		
--	---	--	--

	<p>mišljenje nadležnih komora.“</p> <p>Dosadašnji stavak 4. koji postaje stavak 5. mijenja se i glasi:</p> <p>„(5) Ako tijelo iz stavka 3. i 4. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo ministru ne dostavi mišljenje iz stavka 3. i 4. ovoga članka, smatra se da je dalo pozitivno mišljenje.“</p> <p>Članak 55.</p> <p>U članku 184.</p>		
--	---	--	--

	stavku 4. riječ: „imenuje ministar iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnost i“ zamjenjuju se riječima: „određuje Ministarstv o iz redova priznatih stručnjaka određenih specijalnost i s liste ispitivača iz stavka 6. ovoga članka.“. <p>Članak 56.</p>		
	Iza članka 184. dodaje se članak		

	<p>184.a koji glasi:</p> <p>„Članak 184.a</p> <p>(1) Iznimno od članka 184. ovoga Zakona kandidat, doktor medicine, može polagati europski specijalistički ispit pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS).</p> <p>(2) Kandidat iz stavka 1. ovog članka</p>		
--	---	--	--

	<p>obvezan je provesti cjelokupni propisani program specijalistič kog usavršavanj a, a stečene kompetenci je potvrđuju glavni mentor i mentor.</p> <p>(3) Ministarstv o rješenjem priznaje europski specijalistič ki ispit položen pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS) i daje pravo na korištenje specijalistič</p>		
--	--	--	--

	<p>kog naziva propisanog u Republici Hrvatskoj.</p> <p>(4) Uz zahtjev za donošenje rješenja iz stavka 3. ovog članka podnositelj zahtjeva dostavlja dokaz o položenom europskom specijalističkom ispitu UEMS i o obavljenom cjelokupnom programu specijalističkog usavršavanja.</p> <p>(5) Protiv</p>		
--	---	--	--

	rješenja iz stavka 3. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom.“.		
<p>Članak 36.</p> <p>Obavljanje profesionalne djelatnosti doktora dentalne medicine</p> <p>1. Za potrebe ove Direktive, profesionalne djelatnosti doktora dentalne medicine su djelatnosti utvrđene u stavku 3. koje se obavljaju u okviru stručnih kvalifikacija navedenih u točki 5.3.2. Priloga V.</p> <p>2. Profesija doktora dentalne medicine temelji se na osposobljavanju doktora dentalne medicine iz članka 34. i predstavlja posebnu profesiju koja se razlikuje od drugih općih i specijaliziranih liječničkih profesija. Za obavljanje djelatnosti doktora dentalne medicine zahtijeva se posjedovanje dokaza o formalnim kvalifikacijama iz točke 5.3.2. Priloga V. Prema osobama koje posjeduju takav dokaz o formalnoj osposobljenosti postupat će se jednako kao i prema onima na koje se primjenjuju članci od 23. do 37.</p> <p>3. Države članice osiguravaju da je doktorima dentalne medicine omogućen pristup i obavljanje djelatnosti preventive, dijagnostike i liječenja anomalija i bolesti zubi, usne šupljine, čeljusti i povezanih tkiva, uz poštovanje propisa i pravila profesionalne etike na referentni datum iz točke 5.3.2. Priloga V.</p>			

Članak 37.

Stečena prava doktora dentalne medicine

1. Svaka država članica u svrhu obavljanja profesionalnih djelatnosti doktora dentalne medicine, u okviru kvalifikacija koje su navedene u točki 5.3.2. Priloga V., priznaje dokaz o formalnoj osposobljenosti za doktora izdan u Italiji, Španjolskoj, Austriji, Češkoj Republici i Slovačkoj, osobama koje počinju medicinsko obrazovanje na ili prije referentnog datuma koji je naveden u tom Prilogu za dotičnu državu članicu, ako mu je priložena potvrda koju su izdala nadležna tijela te države članice.

Ta potvrda mora pokazati da su ispunjena sljedeća dva uvjeta:

- (a) da dotične osobe u toj državi članici stvarno, zakonito i kao glavnu djelatnost obavljaju djelatnosti iz članka 36., najmanje tri uzastopne godine, tijekom pet godina prije izdavanja takve potvrde;
- (b) da su te osobe ovlaštene obavljati navedene djelatnosti pod jednakim uvjetima kao i osobe koje posjeduju dokaze o formalnoj osposobljenosti navedene za tu državu članicu u točki 5.3.2. Priloga V.

Osobe koje su uspješno završile najmanje trogodišnji studij, koji nadležna tijela u predmetnoj državi članici potvrđuju istovjetnim osposobljavanju iz članka 34., izuzimaju se od trogodišnjeg praktičnog radnog iskustva iz drugog podstavka točke (a).

Za Češku Republiku i Slovačku se dokazima o formalnoj osposobljenosti dobivenim u bivšoj Čehoslovačkoj priznaju jednaki stupnjevi kao češkim i slovačkim dokazima o formalnoj osposobljenosti i pod istim uvjetima koji su navedeni u prethodnim podstavcima.

2. Svaka država članica priznaje dokaz o formalnoj osposobljenosti za liječnika izdan u Italiji osobama koje su počele sveučilišno medicinsko osposobljavanje nakon 28. siječnja 1980. i najkasnije 31. prosinca 1984., ako im je priložena potvrda koju su izdala talijanska nadležna tijela.

Ta potvrda mora pokazati da su ispunjena sljedeća tri uvjeta:

- (a) da su dotične osobe položile odgovarajuću provjeru osposobljenosti koju održavaju talijanska nadležna tijela, kako bi se utvrdilo da te osobe posjeduju razinu znanja i vještine usporedive s onima koje imaju osobe koje posjeduju dokaz o formalnim kvalifikacijama formalnoj osposobljenosti navedene za Italiju u točki 5.3.2 Priloga V.;

<p>(b) da su te osobe u Italiji stvarno, zakonito i kao glavnu djelatnost obavljale djelatnosti iz članka 36. najmanje tri uzastopne godine, tijekom pet godina prije izdavanja takve potvrde;</p> <p>(c) da su te osobe ovlaštene obavljati ili da stvarno, zakonito i kao glavnu djelatnost obavljaju djelatnosti iz članka 36., pod istim uvjetima kao i nositelji dokaza o formalnoj osposobljenosti navedenim za tu državu članicu u točki 5.3.2. Priloga V.</p> <p>Osobe koje su uspješno završile najmanje trogodišnji studij, koji nadležna tijela potvrđuju istovjetnim osposobljavanju iz članka 34., izuzimaju se od provjere osposobljenosti iz drugog podstavka točke (a).</p> <p>Prema osobama koje su počele sveučilišno medicinsko osposobljavanje nakon 31. prosinca 1984. postupa se jednako kao i prema gore navedenim osobama, ako je navedeni trogodišnji studij počeo prije 31. prosinca 1994.</p>			
<p>Odjeljak 5.</p> <p>Veterinari</p> <p>Članak 38.</p> <p>Osposobljavanje veterinarara</p> <p>1. Osposobljavanje veterinarara obuhvaća ukupno najmanje pet godina redovnog teorijskog i praktičnog studija na sveučilištu ili visokom učilištu koja pruža osposobljavanje, kojoj je priznat jednak stupanj ili koja je pod nadzorom sveučilišta, a koji obuhvaća najmanje program studija naveden u točki 5.4.1. Priloga V.</p> <p>Sadržaj naveden u točki 5.4.1. Priloga V., može se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., u svrhu prilagodbe znanstvenom i tehničkom napretku.</p> <p>Takvo ažuriranje ni u jednoj državi članici ne smije imati za posljedicu izmjene njezinih postojećih zakonskih načela u vezi sa strukturom profesije koja se odnosi na osposobljavanje i uvjete pristupa za fizičke osobe.</p> <p>2. Za pristupanje veterinarskom osposobljavanju zahtijeva se posjedovanje diplome ili svjedodžbe koja omogućuje upis na sveučilišne ustanove ili visoka učilišta kojima država članica priznaje istovjetni stupanj u svrhu odgovarajućeg studija.</p>			

<p>3. Osposobljavanjem veterinaru osigurava se da je osoba stekla sljedeća znanja i vještine:</p> <p>(a) primjereno poznavanje znanosti na kojoj se temelje djelatnosti veterinaru;</p> <p>(b) primjereno poznavanje građe i djelovanja organizma zdravih životinja, njihovog uzgoja, reprodukcije i higijene općenito, kao i njihove prehrane, uključujući tehnologiju za proizvodnju i konzerviranje hrane koja odgovara njihovim potrebama;</p> <p>(c) primjereno poznavanje ponašanja i zaštite životinja;</p> <p>(d) primjereno poznavanje uzroka, prirode, tijeka, učinaka, dijagnoze i liječenja bolesti životinja, bilo pojedinačno ili u skupinama, uključujući posebno poznavanje bolesti prenosivih na ljude;</p> <p>(e) primjereno poznavanje preventivne veterinarske medicine;</p> <p>(f) primjereno poznavanje higijene i tehnologije za proizvodnju, izradu i stavljanje na tržište hrane za životinje ili hrane životinjskog porijekla, namijenjene za prehranu ljudi;</p> <p>(g) primjereno poznavanje zakona i drugih propisa koji se odnose na gore navedena područja;</p> <p>(h) primjereno kliničko i drugo praktično iskustvo, pod odgovarajućim nadzorom.</p>			
<p>Članak 39.</p> <p>Stečena prava veterinaru</p> <p>Ne dovodeći u pitanje članak 23. stavak 4., u odnosu na državljane država članica čije je dokaze o formalnoj osposobljenosti izdala Estonija, ili čije je osposobljavanje počelo u Estoniji prije 1. svibnja 2004., države članice priznaju takve dokaze o formalnoj osposobljenosti za veterinaru, ako im je priložena potvrda koja navodi da su takve osobe učinkovito i zakonito obavljale te djelatnosti u Estoniji najmanje pet uzastopnih godina tijekom sedam godina prije izdavanja takve potvrde.</p>			
<p>Odjeljak 6.</p> <p>Primalje</p> <p>Članak 40.</p> <p>Osposobljavanje primalja</p> <p>1. Osposobljavanje primalja obuhvaća ukupno najmanje:</p>		<p>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici 168,170</p>

<p>(a) posebno osposobljavanje u punoj nastavnoj satnici za primalje, koje obuhvaća najmanje trogodišnje teoretsko i praktično osposobljavanje (smjer I.) uključujući najmanje program opisan u točki 5.5.1. Priloga V.; ili</p> <p>(b) posebno osposobljavanje u punoj nastavnoj satnici za primalje u trajanju od 18 mjeseci (smjer II.), koje uključuje najmanje program studija opisan u točki 5.5.1. Priloga V., koji nije u skladu s istovjetnim osposobljavanjem medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu.</p> <p>Države članice moraju osigurati da su ustanove koje provode osposobljavanje primalja, odgovorne za usklađivanje teorijskog i praktičnog osposobljavanja tijekom cjelokupnog studijskog programa.</p> <p>Sadržaj naveden u točki 5.5.1. Priloga V. može se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., u svrhu prilagodbe znanstvenom i tehničkom napretku.</p> <p>Takvo ažuriranje ni u jednoj državi članici ne smije imati za posljedicu izmjene njezinih postojećih zakonskih načela u vezi sa strukturom profesija koja se odnosi na osposobljavanje i uvjete pristupa za fizičke osobe.</p> <p>2. Za pristupanje osposobljavanju za primalje mora biti ispunjen jedan od sljedećih uvjeta:</p> <p>(a) završenih najmanje prvih deset godina općeg školskog obrazovanja za smjer I., ili</p> <p>(b) posjedovanje dokaza o formalnoj osposobljenosti za medicinsku sestru za opću zdravstvenu njegu, navedenih za smjer II. u točki 5.2.2. Priloga V.</p> <p>3. Osposobljavanje primalja mora osigurati da je ta osoba stekla sljedeća znanja i vještine:</p> <p>(a) primjerno poznavanje znanosti na kojoj se temelje djelatnosti primalja, posebno porodništva i ginekologije;</p> <p>(b) primjereno poznavanje profesionalne etike i zakonodavstva na tom području;</p> <p>(c) detaljno poznavanje bioloških funkcija, anatomije i fiziologije porodništva i neonatologije, kao i poznavanje odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka i njegovog fizičkog i socijalnog okruženja te njegovog ponašanja;</p> <p>(d) primjereno kliničko iskustvo u ovlaštenim ustanovama pod nadzorom osoblja osposobljenog za primaljstvo i porodništvo;</p> <p>(e) primjereno razumijevanje osposobljavanja zdravstvenih djelatnika i iskustvo u radu s takvim osobljem.</p>			
---	--	--	--

<p>Članak 41.</p> <p>Postupci za priznavanje dokaza o formalnoj osposobljenosti za primalje</p> <p>1. Dokazi o formalnoj osposobljenosti za primalje iz točke 5.5.2. Priloga V. automatski se priznaju u skladu s člankom 21., ako ispunjavaju barem jedan od sljedećih kriterija:</p> <p>(a) najmanje trogodišnje osposobljavanje u punoj nastavnoj satnici za primalje:</p> <p>i. za koju se zahtijeva posjedovanje diplome, svjedodžbe ili drugog dokaza o kvalifikaciji koji omogućuje upis na sveučilišta ili druga visoka učilišta ili na drugi način osigurava istovjetan stupanj znanja; ili</p> <p>ii. joj slijede dvije godine stručne prakse za koje je izdana potvrda u skladu sa stavkom 2.;</p> <p>(b) osposobljavanje u punoj nastavnoj satnici za primalje u trajanju od najmanje dvije godine ili 3 600 sati, pod uvjetom da osoba ima dokaz o formalnoj osposobljenosti za medicinsku sestru za opću zdravstvenu njegu, iz točke 5.2.2. Priloga V.;</p> <p>(c) osposobljavanje u punoj nastavnoj satnici za primalje u trajanju od najmanje 18 mjeseci ili 3 000 sati, pod uvjetom da osoba ima dokaz o formalnoj osposobljenosti za medicinsku sestru za opću zdravstvenu njegu, iz točke 5.2.2. Priloga V., nakon čega slijedi jednogodišnja stručna praksa za koju je izdana potvrda, u skladu sa stavkom 2.</p> <p>2. Potvrdu iz stavka 1. izdaju nadležne vlasti u matičnoj državi članici. Ona potvrđuje da je osoba nakon pribavljanja dokaza o formalnoj osposobljenosti za primalju tijekom odgovarajućeg razdoblja na zadovoljavajući način obavljala sve djelatnosti primalje u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi koja je odobrena za tu svrhu.</p>			
<p>Članka 42.</p> <p>Obavljanje profesionalne djelatnosti primalje</p> <p>1. Odredbe ovog odjeljka primjenjuju se na djelatnosti primalja kako ih je odredila svaka država članica ne dovodeći u pitanje stavak 2. i koje se obavljaju pod profesionalnim nazivima navedenima u točki 5.5.2. Priloga V.</p> <p>2. Države članice osiguravaju da je primaljama omogućen pristup i obavljanje najmanje sljedećih djelatnosti:</p> <p>(a) primjereno informiranje i savjetovanje u vezi s planiranjem obitelji;</p>			

<p>(b) dijagnosticiranje trudnoće i praćenje normalnog tijeka trudnoće; obavljanje pregleda potrebnih za praćenje razvoja normalnog tijeka trudnoće;</p> <p>(c) propisivanje ili savjetovanje o pregledima koji su potrebni za najraniju moguću dijagnozu rizičnih trudnoća;</p> <p>(d) izvođenje programa za pripremu roditelja i potpuna priprema za porod, uključujući savjete o higijeni i prehrani;</p> <p>(e) njega i pomoć majci tijekom poroda i praćenje stanja fetusa u maternici, odgovarajućim kliničkim metodama i tehničkim sredstvima;</p> <p>(f) izvođenje spontanih poroda uključujući prema potrebi epiziotomiju i u hitnim slučajevima, porode na zadak;</p> <p>(g) prepoznavanje znakova koji upozoravaju na nepravilnost kod majke ili djeteta, koji zahtijevaju upućivanje k liječniku i prema potrebi pomoć liječnika; poduzimanje potrebnih hitnih mjera u odsutnosti liječnika, posebno ručno odstranjivanje placente nakon kojeg može slijediti ručni pregled maternice;</p> <p>(h) pregled i njega novorođenčeta; poduzimanje svih inicijativa u slučaju potrebe i izvođenje hitnog oživljavanja, ako je potrebno;</p> <p>(i) njega majke i praćenje njezinog napretka u razdoblju nakon poroda te davanje svih potrebnih savjeta majci o njezi djeteta, kako bi joj se omogućilo da svom djetetu pruži optimalan razvoj;</p> <p>(j) provođenje liječenja koje propiše liječnik;</p> <p>(k) priprema potrebnih pisanih izvješća.</p>			
<p>Članak 43.</p> <p>Stečena prava primalja</p> <p>1. Državljanima države članice čiji dokazi o formalnoj osposobljenosti za primalje ispunjavaju sve minimalne uvjete osposobljavanja iz članka 40., iako u skladu s člankom 41. nisu priznati ako im nije priložena potvrda o stručnoj praksi iz članka 41. stavka 2., svaka država članica priznaje kao dovoljan dokaz o formalnoj osposobljenosti koji su izdale te države članice prije referentnog datuma navedenog u točki 5.5.2. Priloga V., i uz koji je priložena potvrda koja navodi da su ti državljani stvarno i zakonito obavljali predmetne djelatnosti najmanje dvije uzastopne godine tijekom pet godina prije izdavanja potvrde.</p> <p>2. Uvjeti utvrđeni u stavku 1. primjenjuju se na državljane država članica čiji dokaz o formalnoj osposobljenosti za primalju potvrđuje uspješno završeno osposobljavanje na državnom području bivše Demokratske Republike Njemačke i zadovoljavanje svih minimalnih uvjeta osposobljavanja iz članka 40., ali gdje se dokaz o formalnoj osposobljenosti u smislu članka 41. ne priznaje ako mu nije priložena potvrda o stručnom iskustvu iz članka 41. stavka 2., ako potvrđuje da je program osposobljavanja započeo prije 3. listopada 1990.</p>			

<p>3. U pogledu poljskih dokaza o formalnoj osposobljenosti za primalju, primjenjuju se samo sljedeće odredbe u vezi sa stečenim pravima.</p> <p>Države članice priznaju državljanima država članica čiji je dokaz o formalnoj osposobljenosti za primalju izdan ili koji su započeli osposobljavanje u Poljskoj prije 1. svibnja 2004., a koji ne ispunjavaju minimalne uvjete osposobljavanja iz članka 40., ako mu je priložena potvrda o tome da su te osobe stvarno i zakonito obavljale djelatnosti primalje tijekom razdoblja određenog dolje:</p> <p>(a) dokaz o formalnoj osposobljenosti za primalju na dodiplomskom stupnju (dyplom licencjata położnictwa): najmanje tri uzastopne godine tijekom pet godina prije dana izdavanja potvrde;</p> <p>(b) dokaz o formalnoj osposobljenosti za primalju koji dokazuje završeno poslijesrednjoškolsko osposobljavanje u strukovnoj medicinskoj školi (dyplom położnej): najmanje pet uzastopnih godina tijekom sedam godina prije dana izdavanja potvrde.</p> <p>4. Države članice priznaju dokaze o formalnoj osposobljenosti za primaljstvo izdane primaljama u Poljskoj koje su završile osposobljavanje prije 1. svibnja 2004., koje ne ispunjavaju minimalne uvjete osposobljavanja iz članka 40., potvrđene diplomom „diplomirani”, na temelju posebnog programa usavršavanja iz članka 11. Zakona od 20. travnja 2004. o izmjenama zakona o profesiji medicinskih sestara i primalja te o nekim drugim pravnim aktima (Službeni list Republike Poljske od 30. travnja 2004., br. 92, pos. 885), te Uredbe ministra zdravstva od 11. svibnja 2004. o detaljnim uvjetima obavljanja studija za medicinske sestre i primalje, koje imaju svjedodžbu o završenoj srednjoj školi (završni ispit – matura) i diplomantice su medicinske gimnazije ili strukovnih medicinskih škola za profesije medicinske sestre i primalje (Službeni list Republike Poljske od 13. svibnja 2004., br. 110, pos. 1170) kako bi se provjerilo je li stupanj znanja i sposobnosti takve osobe usporediv sa znanjem i sposobnostima primalja koje imaju kvalifikacije koje su, u slučaju Poljske, određene u točki 5.2.2. Priloga V.</p>			
<p>Odjeljak 7.</p> <p>Farmaceut</p> <p>Članak 44.</p> <p>Osposobljavanje farmaceuta</p>		<p>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici 168,170</p>

<p>1. Za pristupanje programu osposobljavanja farmaceuta zahtijeva se posjedovanje diplome ili svjedodžbe koja u državi članici omogućuje pristup tom studiju na sveučilištu ili visokom učilištu kojoj se priznaje istovjetni stupanj.</p> <p>2. Dokaz o formalnoj osposobljenosti za farmaceuta potvrđuje osposobljavanje u trajanju od najmanje pet godina, koje uključuje najmanje:</p> <p>(a)četiri godine redovnog teoretskog i praktičnog osposobljavanja u punoj nastavnoj satnici na sveučilištu ili na visokom učilištu kojoj se priznaje istovjetni stupanj ili koja je pod nadzorom sveučilišta;</p> <p>(b)šest mjeseci pripravničkog staža u javnoj ljekarni ili u bolnici pod nadzorom farmaceutskog odjela te bolnice.</p> <p>Takvo osposobljavanje obuhvaća najmanje program naveden u točki 5.6.1. Priloga V. Sadržaj naveden u točki 5.6.1. Priloga V. može se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., u svrhu prilagodbe znanstvenom i tehničkom napretku.</p> <p>Takvo ažuriranje ni u jednoj državi članici ne smije imati za posljedicu izmjene njezinih postojećih zakonskih načela u vezi sa strukturom profesija koja se odnosi na osposobljavanje i uvjete pristupa za fizičke osobe.</p> <p>3. Osposobljavanje farmaceuta osigurava da je osoba stekla sljedeća znanja i vještine:</p> <p>(a) primjereno poznavanje lijekova i tvari koje se koriste u proizvodnji lijekova;</p> <p>(b)primjereno poznavanje farmaceutske tehnologije i fizikalnog, kemijskog, biološkog i mikrobiološkog testiranja medicinskih proizvoda;</p> <p>(c)primjereno poznavanje metabolizma i učinaka medicinskih proizvoda i djelovanja toksičnih tvari, te korištenja medicinskih proizvoda;</p> <p>(d)primjereno znanje potrebno za procjenu znanstvenih podataka u vezi lijekova kako bi se na temelju tog znanja mogli dostaviti odgovarajući podaci;</p> <p>(e) primjereno poznavanje zakonskih i drugih zahtjeva povezanih s farmaceutskom praksom.</p>			
<p>Članak 45.</p> <p>Obavljanje profesionalne djelatnosti farmaceuta</p> <p>1. Za potrebe ove Direktive, djelatnosti farmaceuta su djelatnosti za čiji se pristup i obavljanje zahtijevaju stručne kvalifikacije, u jednoj ili više država članica, i koje su dostupne osobama koje posjeduju dokaz o formalnoj osposobljenosti naveden u točki 5.6.2. Priloga V.</p>			

<p>2. Države članice jamče da osobe koje posjeduju dokaz o formalnoj osposobljenosti iz farmacije sveučilišnog stupnja ili stupnja koji se smatra istovjetnim ispunjavaju odredbe članka 44. i da imaju pravo na pristup i obavljanje barem sljedećih djelatnosti uz zadovoljavanje, gdje je to prikladno, zahtjeva za dodatnim stručnim iskustvom:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) priprema farmaceutskog oblika medicinskih proizvoda; (b) izrada i testiranje medicinskih proizvoda; (c) testiranje lijekova u laboratorijima za testiranje lijekova; (d) skladištenje, čuvanje i distribucija lijekova na veliko; (e) priprema, testiranje, skladištenje i nabavka lijekova u javnim ljekarnama; (f) priprema, testiranje, skladištenje i izdavanje lijekova u bolnicama; (g) informiranje i savjetovanje o lijekovima. <p>3. Ako država članica uvjetuje pristup ili obavljanje djelatnosti farmaceuta dodatnim stručnim iskustvom, pored posjedovanja dokaza o formalnoj osposobljenosti iz točke 5.6.2. Priloga V., ta država članica kao dovoljan dokaz u vezi s tim priznaje potvrdu koju izdaju nadležne vlasti u matičnoj državi članici koja navodi da je osoba obavljala te djelatnosti u matičnoj državi članici tijekom jednako dugog razdoblja.</p> <p>4. Priznanje iz stavka 3. ne primjenjuje se na dvogodišnje razdoblje stručnog iskustva koje se zahtijeva u Velikom Vojvodstvu Luksemburga za dodjelu državne koncesije u javnoj farmaciji.</p> <p>5. Ako je država članica na dan 16. rujna 1985. imala uspostavljen sustav natječaja na temelju ispita čija je svrha da između osoba iz stavka 2. odabere one koji mogu postati vlasnici novih ljekarna osnovanih u skladu s nacionalnim sustavom zemljopisne podjele, ta država članica može, odstupajući od stavka 1., nastaviti s takvim sustavom natječaja i zahtijevati od državljana država članica koji posjeduju dokaz o formalnoj osposobljenosti za farmaceuta iz točke 5.6.2. Priloga V., ili za koje vrijede odredbe članka 23., da sudjeluju u takvim natječajima.</p>			
---	--	--	--

<p>Odjeljak 8.</p> <p>Arhitekt</p> <p>Članak 46.</p> <p>Osposobljavanje arhitekata</p> <p>1. Osposobljavanje arhitekata obuhvaća ukupno najmanje četiri godine redovnog studija ili šest godina studija od kojih su najmanje tri godine na sveučilištu ili usporedivoj obrazovnoj ustanovi. Osposobljavanje se završava uspješno položenim ispitom sveučilišnog stupnja.</p> <p>Takvo osposobljavanje koje mora biti sveučilišnog stupnja, a kojem je arhitektura glavni element, mora uravnoteženo pokrivati teoretske i praktične aspekte arhitektonskog osposobljavanja i osigurati stjecanje sljedećeg znanja i vještina:</p> <p>(a) sposobnost arhitektonskog projektiranja koje ispunjava estetske i tehničke zahtjeve;</p> <p>(b) primjereno poznavanje povijesti arhitekture i teorija, te povezanih umjetnosti, tehnologija i društvenih znanosti;</p> <p>(c) poznavanje lijepih umjetnosti kod utjecaja na kvalitetu arhitektonskog projektiranja;</p> <p>(d) primjereno znanje o urbanizmu, planiranju i vještinama koje su potrebne za proces planiranja;</p> <p>(e) razumijevanje odnosa između ljudi i građevina, između građevina i njihovog okruženja te razumijevanje potrebe da se građevine i prostor međusobno prilagode ljudskim potrebama i mjerama;</p> <p>(f) razumijevanje profesije i uloge arhitekta u zajednici, posebno kod pripreme idejnih osnova koje uvažavaju društvene čimbenike;</p> <p>(g) razumijevanje metoda istraživanja i metoda za pripremu idejnog plana projekta;</p> <p>(h) razumijevanje strukturnih, arhitektonskih i građevinskih problema povezanih s građevinskim planiranjem;</p> <p>(i) primjereno poznavanje fizikalnih problema i tehnologija i funkcije zgrada kako bi njihova unutrašnjost pružala udobnost i zaštitu od klimatskih utjecaja;</p> <p>(j) potrebne vještine projektiranja, koje omogućuju ispunjavanje zahtjeva korisnika u okviru granica određenih troškovnim čimbenicima i građevinskim propisima;</p> <p>(k) primjereno poznavanje djelatnosti, organizacije, propisa i postupaka koji su uključeni u realizaciju projektnih osnova i za povezivanje planova u sustav cjelovitog prostornog planiranja.</p>			
---	--	--	--

<p>2. Znanja i vještine popisani u stavku 1. mogu se izmijeniti u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2. s ciljem njihove prilagodbe znanstvenom i tehničkom napretku.</p> <p>Takve prilagodbe ne smiju ni za jednu državu članicu uključivati nikakve izmjene postojećih zakonskih načela koja se odnose na strukturu profesija s obzirom na osposobljavanje i uvjete pristupa za fizičke osobe.</p>			
<p>Članak 47.</p> <p>Odstupanje od uvjeta osposobljavanja arhitekata</p> <p>1. Odstupajući od odredbe članka 46., priznaje se također da sljedeće ispunjava članak 21: osposobljavanje koje je postojalo 5. kolovoza 1985., koje je pružao „Fachhochschulen” u Saveznoj Republici Njemačkoj, a trajalo je tri godine, ako ispunjava uvjete iz članka 46. i omogućuje pristup djelatnostima iz članka 48. u toj državi članici pod profesionalnim nazivom „arhitekt”, te ako je nakon tog osposobljavanja slijedilo četverogodišnje stručno iskustvo u Saveznoj Republici Njemačkoj, što potvrđuje potvrda koju je izdala strukovna organizacija kod koje je registriran arhitekt koji želi koristiti odredbe ove Direktive.</p> <p>Strukovna organizacija mora najprije osigurati da rad koji izvrši arhitekt u području arhitekture nedvosmisleno potvrđuje primjenu sveukupnog znanja i vještina iz članka 46. stavka 1. Ova se potvrda izdaje po istom postupku koji se primjenjuje kod upisa u popis strukovne organizacije.</p> <p>2. Iznimno od odredbe članka 46. također se priznaje da sljedeće ispunjava članak 21: osposobljavanje koje je dio programa socijalnih poboljšanja ili izvanrednog sveučilišnog studija koje ispunjava zahtjeve iz članka 46., što se potvrđuje ispitom iz arhitekture koji položi osoba koja je sedam godina ili više radila na području arhitekture, pod nadzorom arhitekta ili arhitektonskog biroa. Taj ispit mora biti na sveučilišnom stupnju i istovjetan zaključnom ispitu iz prvog podstavka stavka 1. članka 46.</p>			

<p>Članak 48.</p> <p>Obavljanje profesionalne djelatnosti arhitekata</p> <p>1. Za potrebe ove Direktive, profesionalne djelatnosti arhitekta su djelatnosti koje se redovito izvršavaju na temelju profesionalnog naziva „arhitekt”.</p> <p>2. Državljeni države članice koji su ovlaštteni koristiti taj naziv u skladu sa zakonom, koji ovlašćuje nadležno tijelo države članice da dodijeli taj naziv državljanima država članica koji se posebno ističu kvalitetom svog rada na području arhitekture, smatrat će se da zadovoljavaju uvjete koji se traže za obavljanje djelatnosti arhitekta na temelju profesionalnog naziva „arhitekt”. Potvrdom koju takvim osobama izda matična država članica potvrđuje se da one obavljaju djelatnosti u arhitekturi.</p>			
<p>Članak 49.</p> <p>Stečena prava arhitekata</p> <p>1. Svaka država članica priznaje dokaz o formalnoj osposobljenosti za arhitekate naveden u Prilogu VI., koji izda druga država članica, a koji potvrđuje program osposobljavanja koji je počeo najkasnije u referentnoj akademskoj godini iz tog Priloga, čak i ako on ne ispunjava minimalne uvjete iz članka 46. te u svrhu pristupa i obavljanja profesionalnih djelatnosti arhitekta, takvim dokazima na svom državnom području priznaje jednak učinak kao dokazima o formalnoj osposobljenosti za arhitekta koje je sama izdala.</p> <p>U takvim se okolnostima priznaju potvrde koje izdaju nadležna tijela Savezne Republike Njemačke, koja potvrđuju da su dokazi o formalnoj osposobljenosti koje su nakon 8. svibnja 1945. izdale nadležne vlasti Demokratske Republike Njemačke istovjetne takvim dokazima iz tog Priloga.</p> <p>2. Ne dovodeći u pitanje stavak 1., svaka država članica priznaje sljedeće dokaze o formalnoj osposobljenosti te im u svrhu pristupa i obavljanja profesionalnih djelatnosti arhitekta priznanje isti učinak na svom državnom području kao dokazima o formalnoj osposobljenosti koje sama izdaje: potvrde koje državljanima država članica izdaju države članice koje su usvojile pravila koja uređuju pristup i obavljanje djelatnosti arhitekta na sljedeće datume:</p> <p>(a) 1. siječnja 1995. za Austriju, Finsku i Švedsku;</p>			

<p>(b) 1. svibnja 2004. za Češku Republiku, Estoniju, Cipar, Latviju, Litvu, Mađarsku, Maltu, Poljsku, Sloveniju i Slovačku;</p> <p>(c) 5. kolovoza 1987. za ostale države članice.</p> <p>Potvrde iz prvog podstavka potvrđuju da je osoba bila ovlaštena najkasnije do tog datuma koristiti profesionalni naziv arhitekta i da je prema tim pravilima stvarno obavljala te djelatnosti najmanje tri uzastopne godine tijekom pet godina prije izdavanja potvrde.</p>			
<p>POGLAVLJE IV.</p> <p>Zajedničke odredbe o poslovnom nastanu</p> <p>Članak 50.</p> <p>Dokumentacija i formalnosti</p> <p>1. Kad nadležne vlasti države članice domaćina odlučuju o zahtjevu za odobrenje obavljanja regulirane profesije na temelju ove Glave, te nadležne vlasti mogu zahtijevati dokumente i potvrde navedene u Prilogu VII.</p> <p>Dokumenti iz točaka 1. (d), (e) i (f) Priloga VII. na dan njihovog podnošenja ne smiju biti stariji od tri mjeseca.</p> <p>Države članice, tijela i druge pravne osobe osiguravaju povjerljivost podataka koje prime.</p> <p>2. U slučaju opravdanih sumnji, država članica domaćin može zahtijevati od nadležnih vlasti države članice potvrdu o autentičnosti potvrde i dokaza o formalnoj osposobljenosti izdanih u drugoj državi članici te, prema potrebi, potvrdu činjenice da korisnik za profesije iz poglavlja III. ove glave ispunjava minimalne uvjete osposobljavanja određene u člancima 24., 25., 28., 31., 34., 35., 38., 40., 44. i 46.</p> <p>3. U slučajevima opravdane sumnje, kad je dokaz o formalnoj osposobljenosti određen u članku 3. stavku 1. točki (c) izdalo nadležno tijelo države članice, a uključuje osposobljavanje stečeno u cijelosti ili djelomično u organizaciji zakonski ustanovljenoj na državnom području druge države članice, država članica domaćin ima pravo provjeriti kod nadležnog tijela države članice koja je izdala dokaz:</p> <p>(a) je li tečaj osposobljavanja u ustanovi koja je izvodila osposobljavanje formalno potvrdila obrazovna ustanova ustanovljena u državi članici koja je izdala dokaz;</p>			

<p>(b) je li dokaz o izdanoj formalnoj osposobljenosti jednak onom koji bi bio izdan da je program u cijelosti izveden u državi članici koja je izdala dokaz; i</p> <p>(c) daje li dokaz o formalnoj osposobljenosti jednaka profesionalna prava na državnom području države članice koja je izdala dokaz.</p> <p>4. Kada država članica domaćin za pristup reguliranim profesijama zahtijeva od svojih državljana da svečano prisegnu ili da daju prisegnutu izjavu, a tekst te prisege ili izjave ne mogu koristiti državljani drugih država članica, država članica domaćin osigurava da te osobe mogu koristiti odgovarajući istovjetni tekst.</p>			
<p>Članak 51.</p> <p>Postupak uzajamnog priznavanja stručnih kvalifikacija</p> <p>1. Nadležno tijelo države članice domaćina potvrđuje primitak zahtjeva u roku od jednog mjeseca od primitka i u slučaju nepotpune dokumentacije obavješćuje o tome podnositelja zahtjeva.</p> <p>2. Nadležno tijelo države članice mora provesti postupak ispitivanja zahtjeva za odobrenje obavljanja regulirane profesije što je brže moguće i u svakom slučaju izdati propisno utemeljenu odluku u roku tri mjeseca od dana kada podnositelj zahtjeva preda potpunu dokumentaciju. Međutim, taj se rok može produžiti za mjesec dana u slučajevima na koje se primjenjuju poglavlja I. i II. ove glave.</p> <p>3. Protiv odluke, ili ako odluka nije donesena u roku, dopuštena je žalba u skladu s nacionalnim pravom.</p>			
<p>Članak 52.</p> <p>Korištenje profesionalnih naziva</p> <p>1. Ako je u državi članici domaćinu korištenje profesionalnih naziva za neku od djelatnosti unutar predmetne profesije regulirano, državljani drugih država članica koji su ovlašteni obavljati reguliranu profesiju na temelju glave III. koriste profesionalne nazive države članice domaćina koji odgovaraju toj profesiji u toj državi članici, kao i odgovarajuće kratice povezane s tim nazivom.</p>			

<p>2. Ako je u državi članici domaćinu određenu profesiju regulirala neka udruga ili organizacija u smislu članka 3. stavka 2., državljani država članica ne smiju koristiti profesionalni naziv koji izdaje ta organizacija ili udruga, kao ni odgovarajuću kraticu, osim ako podnesu dokaze da su članovi te udruge ili organizacije.</p> <p>Ako je članstvo u nekoj udruzi ili organizaciji uvjetovano određenim kvalifikacijama, ona to može zahtijevati za državljane drugih država članica koji posjeduju stručne kvalifikacije samo u skladu s uvjetima određenim ovom Direktivom.</p>			
<p>GLAVA IV.</p> <p>DETALJNA PRAVILA ZA OBAVLJANJE PROFESIJE</p> <p>Članak 53.</p> <p>Znanje jezika</p> <p>Osobe kojima su priznate stručne kvalifikacije moraju znati jezike koji su im potrebni za obavljanje profesije u državi članici domaćinu.</p>		Nije preuzeto	Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) članak/članici 47,49
<p>Članak 54.</p> <p>Korištenje akademskih naziva</p> <p>Ne dovodeći u pitanje članke 7. i 52., država članica domaćin osigurava da se odgovarajućim osobama dodijeli pravo na korištenje akademskih naziva dodijeljenih u matičnoj državi članici, i po mogućnosti njihovih kratica, na jeziku matične države članice. Država članica domaćin može zahtijevati da iza tog naziva slijedi naziv i adresa ustanove ili ispitnog povjerenstva koje ju je dodijelilo. Ako bi moglo doći do zamjene akademskog naziva matične države članice s nazivom u državi članici domaćinu, koji u toj državi zahtijeva dodatno osposobljavanje koje osoba nije stekla, država članica domaćin može zahtijevati od te osobe da koristi akademski naziv matične države članice u odgovarajućem obliku koji odredi država članica domaćin.</p>			

<p>Članak 55.</p> <p>Odobrenje zavoda za zdravstveno osiguranje</p> <p>Ne dovodeći u pitanje članak 5. stavak 1. i članak 6. prvi podstavak točke (b), države članice koje zahtijevaju od osoba koje su stekle stručne kvalifikacije na njihovom državnom području da obave pripravničko razdoblje osposobljavanja uz rad i/ili razdoblje stjecanja stručnog iskustva kako bi dobile odobrenje zavoda za zdravstveno osiguranje, odstupaju od tog zahtjeva za osobe koje posjeduju dokaze o stručnim kvalifikacijama za liječnike i doktore dentalne medicine stečene u drugim državama članicama.</p>			
<p>GLAVA V.</p> <p>UPRAVNA SURADNJA I ODGOVORNOST ZA PROVEDBU</p> <p>Članak 56.</p> <p>Nadležna tijela</p> <p>1. Nadležna tijela države članice domaćina i matične države članice blisko surađuju i uzajamno se pomažu kako bi olakšale primjenu ove Direktive. One osiguravaju povjerljivost podataka koje razmjenjuju.</p> <p>2. Nadležna tijela države članice domaćina i matične države članice razmjenjuju podatke o poduzetim disciplinskim mjerama ili kaznenim sankcijama te bilo kakvim drugim teškim i posebnim okolnostima koje bi mogle utjecati na obavljanje djelatnosti iz ove Direktive, poštujući zakone o zaštiti osobnih podataka predviđene u Direktivi 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka (24) i Direktivi 2002/58/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 12. srpnja 2002. o obradi osobnih podataka i zaštiti privatnosti u području elektroničkih komunikacija (Direktiva o privatnosti i elektroničkim komunikacijama) (25).</p> <p>Država članica domaćin ispituje istinitost okolnosti, a njezina tijela odlučuju o prirodi i opsegu istraživanja koja treba provesti te obavješćuju državu članicu domaćina o zaključcima koje donose na temelju dostupnih podataka.</p>			

<p>3. Svaka država članica će najkasnije 20. listopada 2007. odrediti vlasti i tijela nadležna za izdavanje i primanje dokaza o formalnoj osposobljenosti i ostalih dokumenata ili podataka, te vlasti i tijela nadležna za primanje zahtjeva i donošenje odluka iz ove Direktive, te odmah o tome obavješćuje ostale države članice i Komisiju.</p> <p>4. Svaka država članica određuje koordinatora za djelatnosti tijela iz stavka 1. i o tome obavješćuje ostale države članice i Komisiju.</p> <p>Dužnosti koordinatora su sljedeće:</p> <p>(a) promicati jedinstvenu primjenu ove Direktive;</p> <p>(b) sakupljati sve informacije koje su relevantne za primjenu ove Direktive, kao što su informacije o uvjetima pristupa reguliranim profesijama u državama članicama.</p> <p>Za potrebe ispunjavanja dužnosti koje su opisane u točki (b), koordinatori mogu tražiti pomoć kontaktnih točaka iz članka 57.</p>			
<p>Članak 57.</p> <p>Kontaktne točke</p> <p>Svaka država članica najkasnije do 20. listopada 2007. određuje kontaktne točke čije su dužnosti:</p> <p>(a) pružati građanima i kontaktnim točkama ostalih država članica potrebne informacije o priznavanju stručnih kvalifikacija predviđene ovom Direktivom, kao što su informacije o nacionalnom zakonodavstvu kojim se uređuju profesije i njihovo obavljanje, uključujući i socijalno zakonodavstvo i prema potrebi etička pravila;</p> <p>(b) pomoći građanima da ostvare prava dodijeljena ovom Direktivom, gdje je to prikladno, u suradnji s ostalim kontaktnim točkama i nadležnim tijelima države članice domaćina.</p> <p>Na zahtjev Komisije, kontaktne točke obavješćuju Komisiju o rezultatima upita koje rješavaju, sukladno odredbama točke (b), u roku od dva mjeseca od dana njihova primitka.</p>			

<p>Članak 58.</p> <p>Odbor za priznavanje stručnih kvalifikacija</p> <p>1. Komisiji pomaže Odbor za priznavanje stručnih kvalifikacija, dalje u tekstu „Odbor”, sastavljen od predstavnika država članica, kojemu predsjedava predstavnik Komisije.</p> <p>2. Kod upućivanja na ovaj stavak, primjenjuju se članci 5. i 7. Odluke 1999/468/EZ, uz poštovanje odredbi članka 8. te Odluke.</p> <p>Razdoblje iz članka 5. stavka 6. Odluke 1999/468/EZ iznosi dva mjeseca.</p> <p>3. Odbor usvaja svoj poslovnik.</p>			
<p>Članak 59.</p> <p>Savjetovanje</p> <p>Komisija na odgovarajući način osigurava savjetovanje stručnjaka iz predmetnih stručnih skupina, posebno u kontekstu rada Odbora iz članka 58., i dostavlja obrazloženo izvješće o tim savjetovanjima navedenom Odboru.</p>			
<p>GLAVA VI.</p> <p>OSTALE ODREDBE</p> <p>Članak 60.</p> <p>Izvješća</p> <p>1. Počevši od 20. listopada 2007., države članice će Komisiji svake dvije godine slati izvješća o primjeni sustava. Osim općenitih primjedbi, izvješće mora sadržavati statistički sažetak donesenih odluka i opis glavnih problema pri primjeni ove Direktive.</p>			

<p>2. Počevši od 20. listopada 2007., Komisija će svakih pet godina sastavljati izvješće o provedbi ove Direktive.</p>			
<p>Članak 61.</p> <p>Klauzula o odstupanju</p> <p>Ako zbog primjene neke od odredbi ove Direktive država članica naiđe na velike poteškoće na određenom području, Komisija proučava te poteškoće u suradnji s dotičnom državom članicom.</p> <p>Komisija u skladu s postupkom iz članka 58. stavka 2., prema potrebi odlučuje da se dotičnoj državi dopusti odstupanje od te odredbe na određeno vrijeme.</p>			
<p>Članak 62.</p> <p>Stavljanje izvan snage</p> <p>Od 20. listopada 2007. stavlja se izvan snage direktive 77/452/EEZ, 77/453/EEZ, 78/686/EEZ, 78/687/EEZ, 78/1026/EEZ, 78/1027/EEZ, 80/154/EEZ, 80/155/EEZ, 85/384/EEZ, 85/432/EEZ, 85/433/EEZ, 89/48/EEZ, 92/51/EEZ, 93/16/EEZ i 1999/42/EZ. Upućivanje na direktive koje se stavlja izvan snage smatra se upućivanjem na ovu Direktivu, a stavljanje izvan snage ne utječe na akte usvojene na temelju tih direktiva.</p>		<p>Nije potrebno preuzimanje</p>	<p>nije potrebno preuzimanje</p>

<p>Članak 63.</p> <p>Prenošenje</p> <p>Države članice donose zakone i druge propise potrebne za usklađivanje s ovom Direktivom najkasnije do 20. listopada 2007. One o tome odmah obavješćuju Komisiju.</p> <p>Kad države članice donose ove mjere, one prilikom njihove službene objave sadržavaju uputu na ovu Direktivu ili se uz njih navodi takva uputa. Načine tog upućivanja utvrđuju države članice.</p>		Nije potrebno preuzimanje	nije potrebno preuzimanje
<p>Članak 64.</p> <p>Stupanje na snagu</p> <p>Ova Direktiva stupa na snagu dvadesetog dana od objave u Službenom listu Europske unije.</p>		Nije potrebno preuzimanje	nije potrebno preuzimanje
<p>Članak 65.</p> <p>Adresati</p> <p>Ova je Direktiva upućena državama članicama.</p>		Nije potrebno preuzimanje	nije potrebno preuzimanje

<p>PRILOG I.</p> <p>Popis strukovnih udruga ili organizacija koje ispunjavaju uvjete iz članka 3. stavka 2.</p> <p>IRSKA (1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The Institute of Chartered Accountants in Ireland (2) 2. The Institute of Certified Public Accountants in Ireland (2) 3. The Association of Certified Accountants (2) 4. Institution of Engineers of Ireland 5. Irish Planning Institute <p>UJEDINJENA KRALJEVINA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Institute of Chartered Accountants in England and Wales 2. Institute of Chartered Accountants of Scotland 3. Institute of Chartered Accountants in Ireland 4. Chartered Association of Certified Accountants 5. Chartered Institute of Loss Adjusters 6. Chartered Institute of Management Accountants 7. Institute of Chartered Secretaries and Administrators 8. Chartered Insurance Institute 9. Institute of Actuaries 10. Faculty of Actuaries 11. Chartered Institute of Bankers 12. Institute of Bankers in Scotland 13. Royal Institution of Chartered Surveyors 14. Royal Town Planning Institute 15. Chartered Society of Physiotherapy 16. Royal Society of Chemistry 17. British Psychological Society 18. Library Association 19. Institute of Chartered Foresters 20. Chartered Institute of Building 21. Engineering Council 		<p>Nije potrebno preuzimanje</p>	<p>nije potrebno preuzimanje</p>
--	--	----------------------------------	----------------------------------

<p>22. Institute of Energy</p> <p>23. Institution of Structural Engineers</p> <p>24. Institution of Civil Engineers</p> <p>25. Institution of Mining Engineers</p> <p>26. Institution of Mining and Metallurgy</p> <p>27. Institution of Electrical Engineers</p> <p>28. Institution of Gas Engineers</p> <p>29. Institution of Mechanical Engineers</p> <p>30. Institution of Chemical Engineers</p> <p>31. Institution of Production Engineers</p> <p>32. Institution of Marine Engineers</p> <p>33. Royal Institution of Naval Architects</p> <p>34. Royal Aeronautical Society</p> <p>35. Institute of Metals</p> <p>36. Chartered Institution of Building Services Engineers</p> <p>37. Institute of Measurement and Control</p> <p>38. British Computer Society</p>			
<hr/> <p><u>(1)</u> Irski državljani su također članovi sljedećih udruga ili organizacija u Ujedinjenoj Kraljevini:</p> <p>Institute of Chartered Accountants in England and Wales</p> <p>Institute of Chartered Accountants of Scotland</p> <p>Institute of Actuaries</p> <p>Faculty of Actuaries</p> <p>The Chartered Institute of Management Accountants</p> <p>Institute of Chartered Secretaries and Administrators</p> <p>Royal Town Planning Institute</p> <p>Royal Institution of Chartered Surveyors</p> <p>Chartered Institute of Building.</p> <p><u>(2)</u> Samo za djelatnost knjigovodstvene revizije</p>			

PRILOG II.

Popis programa s posebnom strukturom iz članka 11. točke (c) podstavka ii.

1. Tečajevi paramedicinskog osposobljavanja i tečajevi osposobljavanja za njegu djece

Osposobljavanje za sljedeće:

u Njemačkoj:

- pedijatrijska medicinska sestra (Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger),
- fizioterapeut (Krankengymnast(in)/Physiotherapeut(in)) [\(1\)](#),
- radni terapeut/ergoterapeut (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut/Ergotherapeut),
- logoped (Logopäde/Logopädin),
- ortoptičar (Orthoptist(in)),
- odgajatelj(ica) s državnim ispitom (Staatlich anerkannte(r) Erzieher(in)),
- pedagog-terapeut s državnim ispitom (Staatlich anerkannte(r) Heilpädagog(-in)),
- medicinski laboratorijski tehničar (medizinisch-technische(r) Laboratoriums-Assistent(in)),
- medicinski rendgen tehničar (medizinisch-technische(r) Radiologie-Assistent(in)),
- medicinski tehničar za funkcionalnu dijagnostiku (medizinisch-technische(r) Assistent(in) für Funktionsdiagnostik),
- veterinarski tehničar (veterinärmedizinisch-technische(r) Assistent(in)),
- dijetetičar (Diätassistent(in)),
- farmaceutski tehničar (Pharmazieingenieur) osposobljavanje završeno prije 31. ožujka 1994. u prijašnjoj Njemačkoj Demokratskoj Republici ili na državnom području novih država,
- psihijatrijska medicinska sestra (Psychiatrische(r) Krankenschwester/Krankenpfleger),
- terapeut za govor (Sprachtherapeut(in));

u Češkoj Republici:

- zdravstveni asistent (zdravotnický asistent),

koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 13 godina, uključujući osnovnoškolsko obrazovanje u trajanju od najmanje osam godina i četverogodišnje srednje strukovno obrazovanje u srednjoj medicinskoj školi, koje završava ispitom „maturitní zkouška”;

<p>— asistent nutricionist (nutriční asistent),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 13 godina, uključujući osnovnoškolsko obrazovanje u trajanju od najmanje osam godina i četverogodišnje srednje strukovno obrazovanje u srednjoj medicinskoj školi, koje završava ispitom „maturitní zkouška”;</p> <p>u Italiji:</p> <p>— zubotehničar (odontotecnico), — optičar (ottico);</p> <p>na Cipru:</p> <p>— zubotehničar (οδοντοτεχνίτης),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 14 godina, uključujući osnovnoškolsko obrazovanje u trajanju od najmanje šest godina, šestogodišnje srednjoškolsko obrazovanje i dvogodišnje poslijesrednjoškolsko strukovno obrazovanje, iza kojeg slijedi jednogodišnja stručna praksa;</p> <p>— optičar (τεχνικός οπτικός),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 14 godina, uključujući osnovnoškolsko obrazovanje u trajanju od najmanje šest godina, šestogodišnje srednjoškolsko obrazovanje i dvogodišnje poslijesrednjoškolsko strukovno obrazovanje, iza kojeg slijedi jednogodišnja stručna praksa;</p> <p>u Latviji:</p> <p>— zubariska medicinska sestra (zobārstniecības māsa),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 13 godina, uključujući najmanje 10 godina obrazovanja u općoj školi, dvije godine strukovnog obrazovanja u medicinskoj školi iza kojeg slijedi tri godine stručne prakse, nakon koje se mora položiti ispit da bi se dobila svjedodžba o specijalizaciji;</p> <p>— biomedicinski laborant (biomedicīnas laborants),</p>			
---	--	--	--

koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, uključujući najmanje 10 godina obrazovanja u općoj školi, dvije godine strukovnog obrazovanja u medicinskoj školi iza kojeg slijede dvije godine stručne prakse, nakon koje se mora položiti ispit da bi se dobila svjedodžba o specijalizaciji;

— zubotehničar (zobu tehnikis),

koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, uključujući najmanje 10 godina obrazovanja u općoj školi, dvije godine strukovnog obrazovanja u medicinskoj školi iza kojeg slijede dvije godine stručne prakse, nakon koje mora položiti da bi se dobila svjedodžba o specijalizaciji;

— asistent fizioterapeut (fizioterapeita asistents),

koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 13 godina, uključujući najmanje 10 godina obrazovanja u općoj školi i tri godine strukovnog obrazovanja u medicinskoj školi iza kojeg slijede dvije godine stručne prakse, na kraju koje se mora položiti ispit da bi se dobila svjedodžba o specijalizaciji;

u Luksemburgu:

- medicinski rendgen tehničar (assistant(e) technique médical(e) en radiologie),
- medicinski laboratorijski tehničar (assistant(e) technique médical(e) de laboratoire),
- psihijatrijska medicinska sestra (infirmier/ière psychiatrique),
- medicinski tehničar - kirurgija (assistant(e) technique médical(e) en chirurgie),
- pedijatrijska medicinska sestra (infirmier/ière puériculteur/trice),
- medicinska sestra - anestetičar (infirmier/ière anesthésiste),
- kvalificirani maser/maserka (masseur/euse diplômé(e)),
- odgajatelj (éducateur/trice);

u Nizozemskoj:

— veterinarski asistent (dierenartsassistent),

koje obuhvaća obrazovanje i tečaj osposobljavanja u ukupnom trajanju od najmanje 13 godina, a uključuje:

i. najmanje tri godine strukovnog osposobljavanja u strukovnoj školi koje završava ispitom i koje se u nekim slučajevima nadopunjava jednogodišnjim ili dvogodišnjim stručnim programom koji završava ispitom; ili

<p>ii.najmanje dvije i pol godine strukovnog osposobljavanja u strukovnoj školi koje završava ispitom i nadopunjava se stručnom praksom u trajanju od najmanje šest mjeseci, ili šestomjesečnim pripravništvom u ovlaštenoj ustanovi; ili</p> <p>iii.najmanje dvije godine strukovnog osposobljavanja u strukovnoj školi koje završava ispitom i nadopunjava se stručnom praksom u trajanju od najmanje jedne godine, ili jednogodišnjim pripravništvom u ovlaštenoj ustanovi; ili</p> <p>iv.u slučaju veterinarskog asistenta (dierenartsassistent) tri godine strukovnog osposobljavanja u strukovnoj školi (MBO-program) ili tri godine strukovnog osposobljavanja s sustavom dvojnog naukovanja (LLW), s tim da oba tipa osposobljavanja završavaju ispitom;</p> <p>u Austriji:</p> <ul style="list-style-type: none"> —posebno osnovno osposobljavanje za medicinske sestre koje se specijaliziraju za zdravstvenu njegu djece i mladih (spezielle Grundausbildung in der Kinder- und Jugendlichenpflege), —posebno osnovno osposobljavanje za psihijatrijske medicinske sestre (spezielle Grundausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege), — optičar za kontaktne leće (Kontaktlinsenoptiker), — pediker (Fußpfleger), — tehničar za slušne aparate (Hörgeräteakustiker), — ljekarnik (Drogist), <p>koje obuhvaća obrazovanje i tečaj osposobljavanja u ukupnom trajanju od najmanje 14 godina, uključujući najmanje petogodišnje osposobljavanje koje se provodi u strukturiranom okviru, a podijeljeno je na razdoblje naukovanja koje traje najmanje tri godine i koje se provodi djelomično na radnom mjestu a djelomično u ustanovi za strukovno osposobljavanje, te na razdoblje stručne prakse i osposobljavanja koje završava stručnim ispitom kojim se daje pravo obavljanja ove profesije i pravo osposobljavanja naučnika;</p> <ul style="list-style-type: none"> — maser (Masseur), <p>koje obuhvaća obrazovanje i tečaj osposobljavanja u ukupnom trajanju od 14 godina, uključujući petogodišnje osposobljavanje koje se provodi u strukturiranom okviru, a sastoji se od dvogodišnjeg naukovanja, dvogodišnje stručne prakse i tečaja osposobljavanja, te jednogodišnje obuke koja završava stručnim ispitom kojim se daje pravo obavljanja ove profesije i pravo osposobljavanja naučnika;</p> <ul style="list-style-type: none"> — odgajateljica u dječjem vrtiću (Kindergärtner/in), 			
---	--	--	--

<p>— odgajatelj (Erzieher),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje i tečaj osposobljavanja u ukupnom trajanju od najmanje 13 godina, uključujući petogodišnje stručno osposobljavanje u strukovnoj školi, koje završava ispitom;</p> <p>u Slovačkoj:</p> <p>—plesni učitelj u osnovnim umjetničkim školama (učiteľ v tanečnom odbore na základných umeleckých školách),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 14,5 godina, uključujući osmogodišnje osnovno obrazovanje, četverogodišnje obrazovanje u srednjoj specijaliziranoj školi te pet semestara obrazovnog programa plesne pedagogije;</p> <p>—odgajatelj u ustanovama za posebno osposobljavanje i u ustanovama za socijalni rad (vychovávateľ v špeciálnych výchovných zariadeniach a v zariadeniach sociálnych služieb),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 14 godina, uključujući osmogodišnje/devetogodišnje osnovno obrazovanje, četverogodišnje obrazovanje u srednjoj pedagoškoj školi ili nekoj drugoj srednjoj školi i dvije godine dodatnog izvanrednog pedagoškog studija.</p> <p>2. Majstorski sektor (Mester/Meister/Maître), koji zahtijeva programe obrazovanja i tečajeve osposobljavanja za vještine koje nisu pokrivene glavom III. poglavljem II. ove Direktive.</p> <p>Osposobljavanje za sljedeće:</p> <p>u Danskoj:</p> <p>— optičar (optometrist),</p> <p>ovo osposobljavanje traje ukupno 14 godina, uključujući petogodišnje strukovno osposobljavanje koje je podijeljeno na dvije i pol godine teoretskog osposobljavanja u ustanovi za strukovno osposobljavanje i dvije i pol godine praktičnog osposobljavanja na radnom mjestu, a završava priznatim ispitom koji se odnosi na zanat i kojim se daje pravo na upotrebu naziva „Mester”;</p> <p>— ortopedski tehničar (ortopædimekaniker),</p>			
--	--	--	--

ovo osposobljavanje traje ukupno 12,5 godina, uključujući tri i pol godine strukovnog osposobljavanja koje je podijeljeno na šestomjesečnu teoretsku obuku u ustanovi za strukovno osposobljavanje i trogodišnju praktičnu obuku na radnom mjestu, a završava priznatim ispitom koji se odnosi na zanat i kojim se daje pravo na upotrebu naziva „Mester”;

— ortopedski postolar (ortopædiskomager),

ovo osposobljavanje traje ukupno 13,5 godina, uključujući četiri i pol godine strukovnog osposobljavanja koje je podijeljeno na dvije godine teoretske obuke u ustanovi za strukovno osposobljavanje i dvije i pol godine praktične obuke na radnom mjestu, a završava priznatim ispitom koji se odnosi na zanat i kojim se daje pravo na upotrebu naziva „Mester”;

u Njemačkoj:

- optičar (Augenoptiker),
- zubotehničar (Zahntechniker),
- izrađivač kirurških zavoja (Bandagist),
- izrađivač slušnih aparata (Hörgeräte-Akustiker),
- ortopedski tehničar (Orthopädiemechaniker),
- ortopedski postolar (Orthopädienschuhmacher);

u Luksemburgu:

- optičar (opticien),
- zubotehničar (mécanicien dentaire),
- izrađivač slušnih aparata (audioprothésiste),
- ortopedski tehničar/izrađivač kirurških zavoja (mécanicien orthopédiste/bandagiste),
- ortopedski postolar (orthopédiste-cordonnier),

ovi programi osposobljavanja traju ukupno 14 godina, uključujući najmanje pet godina osposobljavanja u strukturiranom obrazovnom okviru, djelomično na radnom mjestu a djelomično u ustanovi za strukovno osposobljavanje, a završava ispitom koji se mora položiti da bi se obavljala bilo koja djelatnost određenog zanata, samostalno ili kao zaposlena osoba s primjerenom razinom odgovornosti;

<p>u Austriji:</p> <ul style="list-style-type: none"> — izrađivač kirurških zavoja (Bandagist), — izrađivač steznika (Miederwarenerzeuger), — optičar (Optiker), — ortopedski postolar (Orthopädieschuhmacher), — ortopedski tehničar (Orthopädietechniker), — zubotehničar (Zahntechniker), — vrtlar (Gärtner), <p>koje obuhvaća obrazovanje i osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 14 godina, uključujući najmanje pet godina osposobljavanja u strukturiranom obrazovnom okviru, podijeljeno na najmanje tri godine naukovanja koje se sastoji od osposobljavanja djelomično na radnom mjestu a djelomično u ustanovi za strukovno osposobljavanje, te na razdoblje stručne prakse i obuke u trajanju od najmanje dvije godine, a završava majstorskim ispitom kojim se stječe pravo obavljanja profesije, osposobljavanja naučnika i korištenja naziva „Meister”;</p> <p>osposobljavanje za majstora obrtnika na području poljoprivrede i šumarstva:</p> <ul style="list-style-type: none"> — majstor za poljoprivredu (Meister in der Landwirtschaft), — majstor za seosko gospodarstvo (Meister in der ländlichen Hauswirtschaft), — majstor za hortikulturu (Meister im Gartenbau), — majstor za vrtlarstvo (Meister im Feldgemüsebau), — majstor za voćarstvo i obradu voća (Meister im Obstbau und in der Obstverwertung), — majstor za vinogradarstvo i proizvodnju vina (Meister im Weinbau und in der Kellerwirtschaft), — majstor za mljekarske farme (Meister in der Molkerei- und Käsereiwirtschaft), — majstor za konjarstvo (Meister in der Pferdewirtschaft), — majstor za ribarstvo (Meister in der Fischereiwirtschaft), — majstor za peradarske farme (Meister in der Geflügelwirtschaft), — majstor za pčelarstvo (Meister in der Bienenwirtschaft), — majstor za šumarstvo (Meister in der Forstwirtschaft), — majstor za šumske plantaže i upravljanje šumama (Meister in der Forstgarten- und Forstpflégewirtschaft), — majstor za poljoprivredno skladištenje (Meister in der landwirtschaftlichen Lagerhaltung), 			
--	--	--	--

koje obuhvaća obrazovanje i osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 15 godina, uključujući najmanje šest godina osposobljavanja u strukturiranom obrazovnom okviru, podijeljeno na najmanje tri godine naukovanja koje se sastoji od osposobljavanja djelomično na poslu a djelomično u ustanovi za strukovno osposobljavanje, te na razdoblje od tri godine stručne prakse, a završava majstorskim ispitom za određenu profesiju i kojim se stječe pravo osposobljavanja naučnika i korištenja naziva „Meister”;

u Poljskoj:

— učitelj za praktično strukovno osposobljavanje (Nauczyciel praktycznej nauki zawodu),

koje obuhvaća obrazovanje u trajanju od:

- i. osam godina osnovnog obrazovanja i pet godina srednjeg strukovnog obrazovanja ili istovjetnog srednjeg obrazovanja iz odgovarajućeg područja, nakon čega slijedi pedagoško osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 150 sati, tečaj iz sigurnosti na radu i radne higijene, te dvije godine stručnog iskustva u profesiji koju će ta osoba poučavati; ili
- ii. osam godina osnovnog obrazovanja i pet godina srednjeg strukovnog obrazovanja, te diploma poslijesrednjoškolske pedagoško-tehničke škole; ili
- iii. osam godina osnovnog obrazovanja, te dvije do tri godine osnovnog srednjeg strukovnog obrazovanja i najmanje tri godine stručnog iskustva potvrđenog diplomom majstora za određenu profesiju, nakon čega slijedi pedagoško osposobljavanje u trajanju od najmanje 150 sati;

u Slovačkoj:

— majstor za strukovno osposobljavanje (majster odbornej výchovy),

koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, koje se sastoji od osam godina osnovnog obrazovanja, četiri godine strukovnog obrazovanja (završeno srednje strukovno obrazovanje i/ili naukovanje u odgovarajućem (sličnom) programu strukovnog osposobljavanja ili programa naukovanja), stručnog iskustva u ukupnom trajanju od najmanje tri godine u području za koje je ta osoba završila obrazovanje ili naukovanje, te dopunski pedagoški studij na pedagoškom ili tehničkom fakultetu; ili završeno srednjoškolsko obrazovanje i naukovanje u odgovarajućem (sličnom) programu strukovnog osposobljavanja ili naukovanja, stručno iskustvo u ukupnom trajanju od najmanje tri godine na području za koje je ta osoba završila obrazovanje ili naukovanje, te dodatni studij pedagogije na pedagoškom fakultetu; ili do 1. rujna 2005. specijalizirano obrazovanje na području

specijalizirane pedagogije u metodološkim centrima za majstore strukovnog osposobljavanja na posebnim školama bez dodatnog pedagoškog studija.

3. Pomorstvo

(a) Pomorski transport

Osposobljavanje za sljedeće:

u Češkoj Republici:

- pomoćnik palube (palubní asistent),
- časnik navigacijske straže (námožní poručík),
- prvi časnik palube (první palubní důstojník),
- kapetan (kapitán),
- pomoćnik u strojarnici (strojní asistent),
- časnik odgovoran za rad strojarnice (strojní důstojník),
- drugi časnik strojarnice (druhý strojní důstojník),
- prvi časnik strojarnice (první strojní důstojník),
- elektrotehničar (elektrotechnik),
- glavni časnik-elektrotehničar (elektrodůstojník);

u Danskoj:

- kapetan broda (skibsfører),
- prvi časnik (overstyrmand),
- časnik palube, navigator (enestyrmand, vagthavende styrmand),
- časnik palube (vagthavende styrmand),
- upravitelj stroja (maskinchef),
- prvi časnik stroja (l. maskinmester),
- prvi časnik stroja/časnik na dužnosti (l. maskinmester/vagthavende maskinmester);

u Njemačkoj:

- kapetan, veliki brod obalne plovidbe (Kapitän AM),
- kapetan, brod obalne plovidbe (Kapitän AK),

<p>— časnik palube, veliki brod obalne plovidbe (Nautischer Schiffsoffizier AMW),</p> <p>— časnik palube, brod obalne plovidbe (Nautischer Schiffsoffizier AKW),</p> <p>— glavni strojar, stupanj C (Schiffsbetriebstechniker CT - Leiter von Maschinenanlagen),</p> <p>— brodski mehaničar, stupanj C (Schiffsmaschinist CMa -Leiter von Maschinenanlagen),</p> <p>— brodski strojar, stupanj C (Schiffsbetriebstechniker CTW),</p> <p>—brodski mehaničar, stupanj C – samostalni strojarski časnik (Schiffsmaschinist CMaW - Technischer Alleinoffizier);</p> <p>u Italiji:</p> <p>— časnik palube (ufficiale di coperta),</p> <p>— časnik stroja (ufficiale di macchina);</p> <p>u Latviji:</p> <p>— brodski elektroinženjer (kuģu elektromehānikis),</p> <p>— operator rashladnog postrojenja (kuģa saldēšanas iekārtu mašīnists);</p> <p>u Nizozemskoj:</p> <p>—prvi časnik (brod obalne plovidbe) (s dodatnim tečajem osposobljavanja) (stuurman kleine handelsvaart (met aanvulling)),</p> <p>— strojar obalne plovidbe (s diplomom) (diploma motordrijver),</p> <p>— VTS-časnik (VTS-functionaris);</p> <p>koje obuhvaća osposobljavanje:</p> <p>—u Češkoj Republici:</p> <p>i.za pomoćnika palube (palubní asistent),</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. osoba koja je navršila najmanje 20 godina; 2.(a)pomorska akademija ili viša pomorska škola – odjel navigacije, s tim da oba ova programa osposobljavanja završavaju ispitom „maturitni zkouška”, te odobrena praksa na moru tijekom studija u trajanju od najmanje šest mjeseci; ili 			
---	--	--	--

<p>(b)odobrena praksa na moru u trajanju od najmanje dvije godine u sklopu navigacijske straže na potpornoj razini broda, te završen odobreni program osposobljavanja koji zadovoljava standard stručnosti određen u odjeljku A-II/1 kodeksa STCW (Međunarodna konvencija o standardima za osposobljavanje, izdavanju svjedodžbi i držanju straže za pomorce), koji organizira pomorska akademija ili viša pomorska škola potpisnica konvencije STCW, te ispit koji se polaže pred ispitnom komisijom koju priznaje MTC (Odbor za pomorski transport Češke Republike);</p> <p>ii.za časnika navigacijske straže (námořní poručík),</p> <p>1.odobrena praksa na moru u svojstvu pomoćnika palube na brodovima od 500 bruto tona ili više, u trajanju od najmanje šest mjeseci za one koji su diplomirali na pomorskoj akademiji ili višoj pomorskoj školi, ili u trajanju od jedne godine za one koji su diplomirali prema odobrenom obrazovnom programu, od čega najmanje šest mjeseci u funkciji koja čini dio navigacijske straže;</p> <p>2. ispravno popunjen i potvrđen Dnevnik osposobljavanja na brodu za kadete palube;</p> <p>iii.za prvog časnika palube (první palubní důstojník),</p> <p>svjedodžba o osposobljenosti za časnika zaduženog za navigacijsku stražu na brodovima od 500 bruto tona ili više, i najmanje 12 mjeseci odobrene prakse na moru u toj funkciji;</p> <p>iv.za kapetana (kapitán),</p> <p>= potvrda o službi u funkciji kapetana na brodovima između 500 i 3 000 bruto tona, =svjedodžba o osposobljenosti za prvog časnika na brodovima od 3 000 bruto tona ili više i najmanje šest mjeseci priznate prakse na moru u funkciji prvog časnika na brodovima od 500 bruto tona ili više, te najmanje šest mjeseci priznate prakse na moru u funkciji prvog časnika na brodovima od 3 000 bruto tona ili više;</p> <p>v.za pomoćnika u strojarnici (strojní asistent),</p> <p>1. osoba koja je navršila najmanje 20 godina;</p> <p>2.pomorska akademija ili viša pomorska škola – odjel pomorskog strojarstva, te odobrena praksa na moru tijekom studija u trajanju od najmanje šest mjeseci;</p> <p>vi.za časnika upravitelja stroja (strojní důstojník),</p> <p>odobrena praksa na moru u funkciji pomoćnika u strojarnici u trajanju od najmanje šest mjeseci za one koji su diplomirali na pomorskoj akademiji ili višoj pomorskoj školi;</p> <p>vii.za drugog časnika stroja (druhý strojní důstojník),</p>			
--	--	--	--

<p>odobrena praksa na moru u trajanju od najmanje 12 mjeseci u funkciji trećeg časnika stroja na brodovima s glavnim pogonskim strojem od 750 kW pogonske snage i više;</p> <p>viii.za prvog časnika stroja (první strojní důstojník),</p> <p>odgovarajuću potvrdu za rad u funkciji drugog časnika stroja na brodovima s glavnim pogonskim strojem od 3 000 kW pogonske snage ili više, te najmanje šest mjeseci priznate prakse na moru u tom svojstvu;</p> <p>ix.za elektrotehničara (elektrotechnik),</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. osoba koja je navršila najmanje 18 godina; 2.pomorska ili druga akademija, elektrotehnički fakultet, tehnička škola ili viša elektrotehnička škola, s tim da svaki od ovih obrazovnih programa završava ispitom „maturitní zkouška”, te najmanje 12 mjeseci priznate prakse na području elektrotehnike; <p>x.za glavnog časnika elektrotehničara (elektrodůstojník),</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.pomorska akademija ili viša pomorska škola, fakultet pomorske elektrotehnike ili druga akademija ili srednja škola na području elektrotehnike, s tim da svi ovi obrazovni programi završavaju ispitom „maturitní zkouška” ili državnim ispitom; 2.priznata praksa na moru u funkciji elektrotehničara kroz razdoblje od najmanje 12 mjeseci za one koji su diplomirali na akademiji ili višoj školi, ili najmanje 24 mjeseca za one koji su završili srednju školu; <p>—u Danskoj, devet godina osnovne škole nakon koje slijedi program osnovnog osposobljavanja i/ili staž na moru između 17 i 36 mjeseci, što se nadopunjava:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. jednogodišnjim specijaliziranim strukovnim osposobljavanjem za časnika palube; ii. trogodišnjim specijaliziranim strukovnim osposobljavanjem za ostale. <p>—u Njemačkoj, osposobljavanje ukupno traje između 14 i 18 godina, uključujući trogodišnje osnovno strukovno osposobljavanje i jednogodišnji staž na moru, nakon čega slijedi jedna ili dvije godine specijaliziranog strukovnog osposobljavanja, koje se prema potrebi nadopunjava dvogodišnjim radnim iskustvom na navigaciji;</p> <p>—u Latviji:</p> <p>i.za broskog elektroinženjera (kugu elektromehānikis),</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. osoba koja je navršila najmanje 18 godina; 2.obrazovanje u ukupnom trajanju od 12,5 godina, koje se sastoji od najmanje devet godina osnovnog obrazovanja i najmanje tri godine strukovnog osposobljavanja. Osim toga potreban je pomorski staž od najmanje šest mjeseci u svojstvu broskog elektrotehničara ili pomoćnika elektrotehničara na brodovima sa 			
--	--	--	--

snagom generatora većom od 750 kW. Stručno osposobljavanje završava posebnim ispitom koji provodi nadležno tijelo u skladu s obrazovnim programom odobrenim od strane Ministarstva prometa;

ii.za operatora rashladnog postrojenja (kuĝa saldēšanas iekārtu mašīnists),

1. osoba koja je navršila najmanje 18 godina;

2.obrazovanje u ukupnom trajanju od 13 godina, koje se sastoji od najmanje devet godina osnovnog obrazovanja i najmanje tri godine strukovnog obrazovanja. Osim toga, potreban je pomorski staĝ od najmanje 12 mjeseci u svojstvu pomoćnika inĝenjera za rashladno postrojenje. Strukovno osposobljavanje završava posebnim ispitom koji provodi nadležno tijelo u skladu s obrazovnim programom koji je odobrilo Ministarstva prometa;

—u Italiji, osposobljavanje traje 13 godina, od kojih se najmanje pet godina sastoji od stručnog osposobljavanja koje završava ispitom, a prema potrebi se nadopunjava pripravničkim staĝem.

—u Nizozemskoj:

i.prvi časnik (brodovi obalne plovidbe) (s dodatnim tečajem osposobljavanja) (stuurman kleine handelsvaart (met aanvulling)), i strojari obalne plovidbe (s diplomom) (diploma motordrijver), zahtijevaju program osposobljavanja u trajanju od 14 godina, od kojih se najmanje dvije godine odvija u ustanovi za strukovno osposobljavanje nadopunjeno s 12 mjeseci pripravnštva;

ii.za VTS časnike (VTS-functionaris) osposobljavanje traje ukupno 15 godina, a uključuje najmanje tri godine visokoškolskog strukovnog obrazovanja (HBO) ili srednjeg strukovnog obrazovanja (MBO), nakon kojih slijede nacionalni ili regionalni stručni programi osposobljavanja, od kojih se svaki sastoji od najmanje 12 tjedana teoretske nastave i završava ispitom,

što se priznaje prema međunarodnoj konvenciji STCW (Međunarodna konvencija o standardima za osposobljavanje, izdavanju svjedodĝbi i držanju straĝe pomoraca iz 1978.).

(b) Morski ribolov

Osposobljavanje za sljedeće:

u Njemačkoj:

— kapetan, ribolov u dubokom moru (Kapitän BG/Fischerei),

— kapetan, obalni ribolov (Kapitän BLK/Fischerei),

— časnik palube, brod za plovidbu dubokim morem (Nautischer Schiffsoffizier BGW/Fischerei),

<p>— časnik palube, brod za obalnu plovidbu (Nautischer Schiffsoffizier BK/Fischerei);</p> <p>u Nizozemskoj:</p> <ul style="list-style-type: none"> — prvi časnik/strojar V (stuurman werktuigkundige V), — strojar IV (ribarski brod) (werktuigkundige IV visvaart), — prvi časnik IV (ribarski brod) (stuurman IV visvaart), — prvi časnik/strojar VI (stuurman werktuigkundige VI), <p>koje obuhvaća sljedeće osposobljavanje:</p> <ul style="list-style-type: none"> —u Njemačkoj, osposobljavanje ukupno traje između 14 i 18 godina, uključujući trogodišnji program osnovnog strukovnog osposobljavanja i jednogodišnji staž na moru, nakon čega slijedi jednogodišnje ili dvogodišnje strukovno osposobljavanje, prema potrebi nadopunjeno dvogodišnjim radnim iskustvom u navigaciji, —u Nizozemskoj, osposobljavanje traje između 13 i 15 godina, od kojih se najmanje dvije godine odnose na osposobljavanje u specijaliziranoj strukovnoj školi, što se nadopunjava radnim iskustvom u trajanju od 12 mjeseci, <p>koje se priznaje u okviru Torremolinoške konvencije (Međunarodna konvencija o sigurnosti ribarskih brodova iz 1977.).</p> <p>4. Tehnički sektor</p> <p>Osposobljavanje za sljedeće:</p> <p>U Češkoj Republici:</p> <ul style="list-style-type: none"> — ovlaštenu tehničaru, ovlaštenog građevinara (autorizovaný technik, autorizovaný stavitel), <p>koje obuhvaća strukovno osposobljavanje u trajanju od najmanje devet godina, a sastoji se od četverogodišnjeg srednjoškolskog tehničkog obrazovanja koje završava ispitom „maturitní zkouška” (srednja tehnička škola), te petogodišnjeg stručnog iskustva, a završava stručnim ispitom za obavljanje djelatnosti u graditeljstvu (sukladno Zakonu br. 50/1976 Sb. (Zakon o graditeljstvu) i Zakonu br. 360/1992 Sb.);</p> <ul style="list-style-type: none"> — vozač tračnog vozila (fyzická osoba řídící drážní vozidlo), 			
---	--	--	--

<p>koje obuhvaća osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, koje se sastoji od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine srednjeg strukovnog obrazovanja koja završava ispitom „maturitní zkouška”, nakon čega se polaže državni ispit o pogonskoj sili vozila;</p> <p>— tehničar za održavanje tračnica (dražní revizní technik),</p> <p>koje obuhvaća osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, koje se sastoji od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine srednjeg strukovnog obrazovanja u srednjoj strojarskoj ili elektroničkoj školi, koje završava ispitom „maturitní zkouška”;</p> <p>— instruktor za vožnju (učitel autoškoly),</p> <p>osoba koja je navršila najmanje 24 godine i završila osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, koje se sastoji od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine srednjeg strukovnog obrazovanja u srednjoj prometnoj ili strojarskoj školi, koje završava ispitom „maturitní zkouška”;</p> <p>— državni tehničar za tehnički pregled ispravnosti motornih vozila (kontrolní technik STK),</p> <p>osoba koja je navršila najmanje 21 godinu i završila osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, koje se sastoji od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine srednjeg strukovnog obrazovanja koje završava ispitom „maturitní zkouška”, nakon čega slijedi najmanje dvije godine stručnog iskustva; takva osoba mora posjedovati vozačku dozvolu, ne smije biti kažnjavana i mora završiti posebno osposobljavanje za državnog tehničara u trajanju od najmanje 120 sati te uspješno položiti ispit;</p> <p>— mehaničar za kontrolu emisija automobila (mechanik měření emisí),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, koje se sastoji od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine srednjeg strukovnog obrazovanja koje završava ispitom „maturitní zkouška”; nadalje, podnositelj za ovu profesiju mora imati najmanje tri godine stručnog iskustva te posebnu osposobljenost za „mehaničara za kontrolu emisija automobila” u trajanju od osam sati i uspješno položen ispit;</p> <p>— voditelj čamca I. klase (kapitán I. třídy),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 15 godina, a sastoji se od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i tri godine strukovnog obrazovanja, koje završava ispitom „maturitní zkouška” i</p>			
--	--	--	--

<p>pregledom na temelju kojeg se izdaje svjedodžba o sposobnosti. Nakon ovog strukovnog obrazovanja slijedi četiri godine stručne prakse koja završava ispitom;</p> <p>—restaurator spomenika koji su umjetnička djela (restaurátor památek, které jsou díly uměleckých řemesel),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od 12 godina, ako uključuje potpuno srednjoškolsko tehničko obrazovanje s programom restauriranja, ili 10 do 12 godina osposobljavanja u sličnom programu, i pet godina stručnog iskustva za one koji su završili potpuno srednjoškolsko tehničko obrazovanje sa završnim ispitom „maturitní zkouška”, ili osam godina stručnog iskustva za one koji su završili srednjoškolsko tehničko obrazovanje sa završnim naučnickim ispitom;</p> <p>—restaurator umjetničkih djela koja nisu spomenici i koja se drže u zbirkama muzeja i galerija te drugih objekata koji imaju kulturnu vrijednost (restaurátor děl výtvarných umění, která nejsou památkami a jsou uložena ve sbírkách muzeí a galerií, a ostatních předmětů kulturní hodnoty),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od 12 godina i pet godina stručnog iskustva za one koji su završili potpuno srednjoškolsko tehničko obrazovanje s programom restauriranja koji završava ispitom „maturitní zkouška”;</p> <p>— upravitelj otpadom (odpadový hospodář),</p> <p>koje obuhvaća osposobljavanje u ukupnom trajanju od 12 godina, koje se sastoji od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine stručnog srednjoškolskog obrazovanja koje završava ispitom „maturitní zkouška”, te najmanje pet godina iskustva u sektoru upravljanja otpadom tijekom posljednjih 10 godina;</p> <p>— tehnički upravitelj miniranja (technický vedoucí odstřelů),</p> <p>koje obuhvaća obrazovanje u ukupnom trajanju od 12 godina, koje se sastoji od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine srednjeg strukovnog obrazovanja koje završava ispitom „maturitní zkouška”,</p> <p>nakon čega slijedi:</p> <p>dvije godine rada kao podzemni miner (za podzemnu aktivnost) ili jedna godina rada na površini (za površinsku aktivnost), uključujući šest mjeseci rada kao pomoćnik minera;</p>			
--	--	--	--

<p>tečaj praktičnog i teoretskog osposobljavanja u trajanju od 100 sati nakon kojeg slijedi ispit pred nadležnim pokrajinskim tijelom za miniranje;</p> <p>šestomjesečno ili duže radno iskustvo u planiranju i izvođenju većih minerskih radova;</p> <p>tečaj teoretskog i praktičnog osposobljavanja u trajanju od 32 sata nakon kojeg slijedi ispit pred Češkim tijelom za miniranje;</p> <p>u Italiji:</p> <ul style="list-style-type: none"> — građevinski geometar (geometra), — mjernik zemlje (perito agrario), <p>koje obuhvaća srednjoškolsko obrazovanje u ukupnom trajanju od 13 godina, uključujući osam godina obveznog osnovnog obrazovanja nakon kojeg slijedi pet godina srednjoškolskog obrazovanja koje uključuje tri godine strukovnog osposobljavanja koje završava tehničkim maturalnim ispitom, a nadopunjuje se sljedećim:</p> <p>i. za građevinske geometre: ili pripravništvom koje traje najmanje dvije godine u strukovnom uredu, ili petogodišnjim radnim iskustvom;</p> <p>ii. za mjernike zemlje, dvogodišnjom praksom,</p> <p>nakon čega slijedi državni ispit;</p> <p>u Latviji:</p> <ul style="list-style-type: none"> — pomoćnik strojovođe u željezničkom sektoru (vilces līdzekla vadītāja (mašīnista) palīgs), <p>osoba koja je navršila najmanje 18 godina i završila obrazovanje u ukupnom trajanju od najmanje 12 godina, a sastoji se od najmanje osam godina osnovnog obrazovanja i najmanje četiri godine strukovnog obrazovanja; strukovno osposobljavanje završava posebnim ispitom kod poslodavca; potvrdu o stručnosti izdaje nadležno tijelo na pet godina;</p> <p>u Nizozemskoj:</p> <ul style="list-style-type: none"> — sudski izvršitelj (gerechtsdeurwaarder), — izrađivač zubnih proteza (tandprotheticus), 			
---	--	--	--

obuhvaća sljedeće programe obrazovanja i strukovnog osposobljavanja:

- i.za sudskog izvršitelja (gerechtsdeurwaarder), ukupno 19 godina, a sastoji se od osam godina obvezne osnovne škole i osam godina srednjoškolskog obrazovanja, od čega četiri godine tehničkog osposobljavanja koje završava državnim ispitom te se nadopunjuje trogodišnjim teoretskim i praktičnim strukovnim osposobljavanjem;
- ii.za izrađivača zubnih proteza (tandprotheticus) ukupno najmanje 15 godina redovitog školovanja i tri godine izvanrednog školovanja, što se sastoji od osam godina osnovne škole, četiri godine opće srednje škole, tri godine strukovnog osposobljavanja koje uključuje teoretsku i praktičnu obuku za zubnog tehničara, nadopunjeno s trogodišnjim izvanrednim osposobljavanjem za izrađivača zubnih proteza sa završnim ispitom;

u Austriji:

- šumar (Förster),
- tehničko savjetovanje (Technisches Büro),
- iznajmljivanje radne snage (Überlassung von Arbeitskräften - Arbeitsleihe),
- posrednik pri zapošljavanju (Arbeitsvermittlung),
- savjetnik za investicije (Vermögensberater),
- privatni istražitelj (Berufsdetektiv),
- zaštitar (Bewachungsgewerbe),
- posrednik za nekretnine (Immobilienmakler),
- upravitelj nekretninama (Immobilienverwalter),
- organizator građevinskog projekta (Bauträger, Bauorganisator, Baubetreuer),
- ustanova za utjerivanje dugova (Inkassobüro/Inkassoinstitut),

koje obuhvaća obrazovanje i osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 15 godina, uključujući osam godina obveznog osnovnoškolskog obrazovanja nakon kojeg slijedi najmanje petogodišnje srednjoškolsko obrazovanje, koje završava tehničkim ili trgovačkim maturnalnim ispitom, nadopunjeno s najmanje dvije godine obrazovanja na radnom mjestu sa završnim stručnim ispitom;

- savjetnik za osiguranje (Berater in Versicherungsangelegenheiten),

koje obuhvaća obrazovanje i osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 15 godina, uključujući šestogodišnje osposobljavanje u strukturiranom programu osposobljavanja, koji se dijeli na trogodišnje naukovanje i trogodišnju stručnu praksu i osposobljavanje, sa završnim ispitom;

- majstor građevinar/planiranje i tehnički izračuni (Planender Baumeister),
- majstor tesar/planiranje i tehnički izračuni (Planender Zimmermeister),

koje obuhvaća obrazovanje i osposobljavanje u ukupnom trajanju od najmanje 18 godina, uključujući najmanje devet godina strukovnog osposobljavanja podijeljenog na četiri godine srednje tehničke škole i pet godina stručne prakse i osposobljavanja koje završava stručnim ispitom, kojim se daje pravo obavljanja profesije i podučavanja naučnika, ako se to osposobljavanje odnosi na pravo izrade nacrtu zgrada, izrade tehničkih izračuna i nadziranja građevinskih radova (privilegij Marije Terezije);

- komercijalni knjigovođa (Gewerblicher Buchhalter), u skladu s propisom Gewerbeordnung iz 1994. (zakon iz 1994. o trgovini, obrtu i industriji);
- samozaposleni knjigovođa (Selbständiger Buchhalter), u skladu s propisom Bundesgesetz über die Wirtschaftstreuhänderberufe iz 1999. (zakon iz 1999. o profesijama u okviru javnog računovodstva);

u Poljskoj:

- dijagnostičar koji provodi testove tehničke sigurnosti motornih vozila u osnovnoj postaji za tehnički pregled vozila (diagnosta przeprowadzający badania techniczne w stacji kontroli pojazdów o podstawowym zakresie badań),

koje obuhvaća osam godina osnovnog obrazovanja i pet godina srednjoškolskog tehničkog obrazovanja iz područja motornih vozila, te trogodišnju praksu u automobilskom servisu ili garaži koja uključuje 51 sat osnovnog osposobljavanja za kontrolu tehničke ispravnosti motornih vozila te polaganje ispita osposobljenosti,

- dijagnostičar koji provodi testove tehničke sigurnosti motornih vozila u područnoj postaji za tehnički pregled vozila (diagnosta przeprowadzający badania techniczne pojazdu w okręgowej stacji kontroli pojazdów),

koje obuhvaća osam godina osnovnog obrazovanja i pet godina srednjoškolskog tehničkog obrazovanja iz područja motornih vozila, te četverogodišnju praksu u automobilskom servisu ili garaži koja uključuje 51 sat osnovnog osposobljavanja za kontrolu tehničke ispravnosti motornih vozila te polaganje ispita osposobljenosti,

<p>—dijagnostičar koji provodi testove tehničke sigurnosti motornih vozila u postaji za tehnički pregled vozila (diagnosta wykonujący badania techniczne pojazdów w stacji kontroli pojazdów),</p> <p>koje obuhvaća:</p> <p>i.osam godina osnovnog obrazovanja i pet godina srednjoškolskog tehničkog obrazovanja iz područja motornih vozila, te četverogodišnju priznatu praksu u automobilskom servisu ili garaži; ili</p> <p>ii.osam godina osnovnog obrazovanja i pet godina srednjoškolskog tehničkog obrazovanja iz područja koje nije područje motornih vozila, te osmogodišnju priznatu praksu u automobilskom servisu ili garaži koja uključuje ukupno 113 sat potpunog osposobljavanja, uključujući osnovno i specijalističko osposobljavanje, s ispitom nakon svakog stupnja.</p> <p>Trajanje u satima i opći opseg pojedinih programa osposobljavanja u okviru cjelovitog osposobljavanja za dijagnostičara određeni su posebno u Uredbi ministarstva za infrastrukturu od 28. studenoga 2002. o detaljnim zahtjevima za dijagnostičare (SL 2002, br. 208, točka 1769);</p> <p>— otpremnik vlakova (dyżurny ruchu),</p> <p>koje obuhvaća osam godina osnovnog obrazovanja i četiri godine srednjeg strukovnog osposobljavanja sa specijalizacijom za željeznički transport, te 45-dnevni tečaj osposobljavanja za otpremnika vlakova nakon kojeg se polaže ispit osposobljenosti; ili osam godina osnovnog obrazovanja i pet godina srednjeg strukovnog osposobljavanja sa specijalizacijom za željeznički transport, te tečaj osposobljavanja za otpremnika vlakova u trajanju od 63 dana, nakon kojeg se polaže ispit osposobljenosti.</p> <p>5. Programi osposobljavanja u Ujedinjenoj Kraljevini koji se priznaju kao nacionalne strukovne kvalifikacije ili Škotske strukovne kvalifikacije</p> <p>Osposobljavanje za sljedeće:</p> <ul style="list-style-type: none"> — ovlaštani veterinarski bolničar („listed veterinary nurse”), — rudarski inženjer elektrotehnike („mine electrical engineer”), — rudarski inženjer strojarstva („mine mechanical engineer”), — zubni terapeut („dental therapist”), — zubni higijeničar („dental hygienist”), — optičar („dispensing optician”), 			
--	--	--	--

<p>— rudarski zastupnik („mine deputy”),</p> <p>— stečajni upravitelj („insolvency practitioner”),</p> <p>— licencirani bilježnik („licensed conveyancer”),</p> <p>—prvi časnik - teretni/putnički brodovi - bez ograničenja („first mate — freight/passenger ships — unrestricted”),</p> <p>—drugi časnik - teretni/putnički brodovi - bez ograničenja („second mate — freight/passenger ships — unrestricted”),</p> <p>—treći časnik - teretni/putnički brodovi - bez ograničenja („third mate — freight/passenger ships unrestricted”),</p> <p>—časnik palube - teretni/putnički brodovi - bez ograničenja („deck officer — freight/passenger ships — unrestricted”),</p> <p>—časnik stroja - teretni/putnički brodovi - neograničeno trgovačko područje („engineer officer — freight/passenger ships — unlimited trading area”),</p> <p>—ovlaštena stručna osoba za upravljanje otpadom („certified technically competent person in waste management”),</p> <p>na temelju koje se stječu kvalifikacije priznate kao Nacionalne strukovne kvalifikacije (NVQs) ili, u Škotskoj, kao škotske stručne kvalifikacije 3. i 4. stupnja Nacionalnog okvira stručnih kvalifikacija Ujedinjene Kraljevine.</p> <p>Ti stupnjevi određeni su kako slijedi:</p> <p>—3. stupanj: osposobljenost za široki raspon različitih radnih aktivnosti koje se izvode u različitim okolnostima, od kojih je većina složena i ne podliježe rutini. Zahtijeva značajnu odgovornost i samostalnost, a često uključuje kontrolu ili vođenje drugih.</p> <p>—4. stupanj: osposobljenost za široki raspon složenih, tehničkih ili stručnih radnih aktivnosti koje se izvode u različitim okolnostima i sa značajnim stupnjem osobne odgovornosti i samostalnosti. Često je prisutna odgovornost za rad drugih i za raspodjelu resursa.</p> <hr/> <p>(1) Od 1. lipnja 1994. profesionalni naziv „Krankengymnast(in)” promijenjen je u „Physiotherapeut(in)”. Međutim, osobe koje obavljaju ovu profesiju i koje su dobile diplomu prije tog datuma mogu, ako žele, i dalje koristiti raniji naziv „Krankengymnasti(in)”.</p>			
---	--	--	--

PRILOG III.

Popis reguliranog obrazovanja i osposobljavanja navedenih u trećem podstavku članka 13. stavka 2.

U Ujedinjenoj Kraljevini:

Regulirani programi na temelju kojih se stječu kvalifikacije priznate kao Nacionalne strukovne kvalifikacije (NVQs) ili, u Škotskoj, kao škotske stručne kvalifikacije 3. i 4. stupnja Nacionalnog okvira stručnih kvalifikacija Ujedinjene Kraljevine.

Ti stupnjevi su određeni kao što slijedi:

- 3. stupanj: osposobljenost za široki raspon različitih radnih aktivnosti koje se izvode u različitim okolnostima, od kojih je većina složena i ne podliježe rutini. Zahtijeva značajnu odgovornost i samostalnost, a često uključuje kontrolu i vođenje drugih.
- 4. stupanj: osposobljenost za široki raspon složenih, tehničkih ili stručnih radnih aktivnosti koje se izvode u različitim okolnostima i sa značajnim stupnjem osobne odgovornosti i samostalnosti. Često je prisutna odgovornost za rad drugih i za raspodjelu resursa.

U Njemačkoj:

Sljedeći regulirani programi:

—Regulirani tečajevi koji pripremaju za obavljanje profesije tehničkog/e pomoćnika/ce (technische(r) Assistent(in)), trgovačkog/e pomoćnika/ce (kaufmännische(r) Assistent(in)), socijalnih profesija (soziale Berufe), te u struci državno priznatog instruktora za disanje i govor (staatlich geprüfte(r) Atem-, Sprech- und Stimmlehrer(in)), u ukupnom trajanju od najmanje 13 godina, za koje se zahtijeva uspješno završeno srednje obrazovanje (mittlerer Bildungsabschluss), koje se sastoji se od:

- i. najmanje trogodišnjeg (1) strukovnog osposobljavanja u stručnoj školi (Fachschule) koja završava ispitom i prema potrebi se nadopunjava dvogodišnjim strukovnim osposobljavanjem koje također završava ispitom; ili
- ii. najmanje dvoipolgodisnjeg strukovnog osposobljavanja u stručnoj školi (Fachschule) koje završava ispitom i nadopunjava se radnim iskustvom u trajanju od najmanje šest mjeseci ili pripravništvom u odobrenoj ustanovi koje ne smije trajati manje od šest mjeseci; ili

iii. najmanje dvogodišnjeg strukovnog osposobljavanja u stručnoj školi (Fachschule) koja završava ispitom i nadopunjava se radnim iskustvom u trajanju od najmanje jedne godine ili pripravništvom u odobrenoj ustanovi koje ne smije trajati manje od jedne godine.

—Regulirani tečajevi za profesije državno priznatog (staatlich geprüfte(r)) tehničara (Techniker(in)), poslovnog ekonomista (Betriebswirt(in)), dizajnera (Gestalter(in)) i pomoćnika obitelji (Familienpfleger(in)), u ukupnom trajanju od najmanje 16 godina, pri čemu je preduvjet uspješno završeno obvezno obrazovanje ili istovjetno obrazovanje i osposobljavanje (u trajanju od najmanje devet godina), te uspješno završen program u obrtničkoj školi (Berufsschule) u trajanju od najmanje tri godine, nakon čega slijedi najmanje dvije godine radnog iskustva, te redovno obrazovanje i osposobljavanje u trajanju od najmanje dvije godine ili izvanredno obrazovanje i osposobljavanje u jednakom trajanju.

—Regulirani tečajevi i regulirana obuka na poslu u ukupnom trajanju od najmanje 15 godina, za koje je, općenito, preduvjet uspješno završeno obvezno školovanje (u trajanju od najmanje devet godina) i strukovnog osposobljavanja koji općenito uključuju najmanje dvogodišnje radno iskustvo (u većini slučajeva trogodišnje) i ispit kao dio obuke na poslu čija priprema uključuje tečaj osposobljavanja koji se, ili odvija istodobno s radnim iskustvom (najmanje 1 000 sati), ili se pohađa redovito (najmanje jednu godinu).

Njemačke vlasti dostavljaju Komisiji i drugim državama članicama popis tečajeva osposobljavanja iz ovog Priloga.

U Nizozemskoj:

—Regulirani tečajevi osposobljavanja u ukupnom trajanju od najmanje 15 godina, za koje je preduvjet uspješno završenih osam godina osnovnog obrazovanja i četiri godine općeg srednjeg obrazovanja („MAVO”) ili pripremnog strukovnog obrazovanja (VBO) ili općeg srednjeg obrazovanja višeg stupnja, i koji zahtijevaju završen trogodišnji ili četverogodišnji program na višoj školi za srednje strukovno osposobljavanje (MBO) sa završnim ispitom.

—Regulirani tečajevi osposobljavanja u ukupnom trajanju od najmanje 16 godina, za koje je preduvjet uspješno završenih osam godina osnovnog obrazovanja i četiri godine najmanje pripremnog strukovnog obrazovanja (VBO) ili općeg srednjeg obrazovanja višeg stupnja, te koji zahtijevaju završen četverogodišnji stručni program sa sustavom naukovanja, koji se sastoji od najmanje jednog dana tjedno teoretske nastave na višoj školi i praktičnog osposobljavanja u centru za praktično osposobljavanje ili poduzeću sve ostale dane u tjednu, sa završnim ispitom na srednjem ili visokom stupnju.

Nizozemske vlasti dostavljaju Komisiji i drugim državama članicama popis tečajeva osposobljavanja iz ovog Priloga.

U Austriji:

—Programi na višim strukovnim školama (Berufsbildende Höhere Schulen) i visokim obrazovnim ustanovama za poljoprivredu i šumarstvo (Höhere Land- und Forstwirtschaftliche Lehranstalten), uključujući posebne vrste (einschließlich der Sonderformen), čiju strukturu i razinu određuju zakon i drugi propisi.

Ovi programi traju ukupno najmanje 13 godina i uključuju pet godina strukovnog osposobljavanja koje završava završnim ispitom, čije je uspješno polaganje dokaz stručne osposobljenosti.

—Programi u majstorskim školama (Meisterschulen), majstorskim razredima (Meisterklassen), industrijskim majstorskim školama (Werkmeisterschulen) ili građevinskim obrtničkim školama (Bauhandwerkerschulen), čiju strukturu i razinu određuju zakoni i drugi propisi.

Ovi programi traju ukupno najmanje 13 godina, uključujući devet godina obveznog obrazovanja, nakon kojeg slijedi najmanje trogodišnje strukovno osposobljavanje u specijaliziranoj školi ili najmanje trogodišnje osposobljavanje na poslu paralelno sa školovanjem u strukovnoj školi (Berufsschule), od kojih obje završavaju ispitom, a nadopunjavaju se uspješnim završavanjem najmanje trogodišnjeg tečaja osposobljavanja u majstorskoj školi (Meisterschule), majstorskom razredu (Meisterklassen), industrijskoj majstorskoj školi (Werkmeisterschule) ili građevinskoj obrtničkoj školi (Bauhandwerkerschule). U većini slučajeva ukupno školovanje traje najmanje 15 godina, uključujući razdoblja stjecanja radnog iskustva, koje ili prethodi tečajevima osposobljavanja u ovim ustanovama ili se odvija usporedno s izvanrednim tečajevima (najmanje 960 sati).

Austrijske vlasti dostavljaju Komisiji i drugim državama članicama popis tečajeva osposobljavanja iz ovog Priloga.

(1) Minimalno se trajanje može smanjiti sa tri na dvije godine ako osoba ima kvalifikaciju potrebnu za upis na fakultet („Abitur”), odnosno trinaest godina prethodnog obrazovanja i osposobljavanja, ili ako ima kvalifikaciju potrebnu za upis u „Fachhochschule” („Fachhochschulreife”), odnosno 12 godina obrazovanja i osposobljavanja.

<p>PRILOG IV.</p> <p>Djelatnosti povezane s kategorijama stručnih iskustava navedenim u člancima 17., 18. i 19.</p> <p>Popis I.</p> <p>Glavne skupine uključene u Direktivu 64/427/EEZ, kako je izmijenjena Direktivom 69/77/EEZ te direktivama 68/366/EEZ i 82/489/EEZ</p> <p>1. Direktiva 64/427/EEZ</p> <p>Glavna skupina23 Proizvodnja tekstila</p> <ul style="list-style-type: none"> 232Proizvodnja i obrada tekstilnih materijala na strojevima za vunu 233Proizvodnja i obrada tekstilnih materijala na strojevima za pamuk 234Proizvodnja i obrada tekstilnih materijala na strojevima za svilu 235Proizvodnja i obrada tekstilnih materijala na strojevima za lan i konoplju 236Industrije drugih tekstilnih vlakana (juta, čvrsta vlakna itd.), užad 237Proizvodnja pletenih i kačkanih proizvoda 238Oplemenjivanje tekstila 239Druga tekstilna industrija <p>Glavna skupina24 Proizvodnja obuće, drugih odjevnih predmeta i posteljine</p> <ul style="list-style-type: none"> 241Strojna proizvodnja obuće (osim od gume ili drva) 242Ručna proizvodnja ili popravak obuće 243Proizvodnja odjevnih predmeta (osim krzna) 244Proizvodnja madraca i posteljine 245Industrija kože i krzna <p>Glavna skupina25 Proizvodnja i prerada drva i pluta, osim proizvodnje namještaja</p> <ul style="list-style-type: none"> 251Piljenje i industrijska priprema drva 252Proizvodnja drvenih poluproizvoda 253Serijska proizvodnja drvenih građevinskih komponenata, uključujući podove 254Proizvodnja drvenih kontejnera 255Proizvodnja drugih drvenih proizvoda (osim namještaja) <p>Glavna skupina26 260 Proizvodnja drvenog namještaja</p> <p>Glavna skupina27 Proizvodnja papira i papirnatih proizvoda</p> <ul style="list-style-type: none"> 271Proizvodnja pulpe, papira i kartona 		<p>Nije potrebno preuzimanje</p>	<p>nije potrebno preuzimanje</p>
---	--	----------------------------------	----------------------------------

27	Obrada papira i kartona te proizvodnja artikala od pulpe			
Glavna skupina 28	280 Tiskarstvo, izdavaštvo i srodne industrije			
Glavna skupina 29	Kožna industrija			
	291 Pogoni za štavljenje i obradu kože			
	292 Proizvodnja kožnih proizvoda			
Prijašnja glavna skupina 30	Proizvodnja gumenih i plastičnih proizvoda, te proizvoda od umjetnih vlakana i škroba			
	301 Obrada gume i azbesta			
	302 Obrada plastičnih materijala			
	303 Proizvodnja umjetnih vlakana			
Prijašnja glavna skupina 31	Kemijska industrija			
	311 Proizvodnja kemijskih sirovina i njihova daljnja prerada			
	312 Specijalizirana proizvodnja kemijskih proizvoda uglavnom za industrijske i poljoprivredne svrhe (uključujući proizvodnju masti i ulja biljnog ili životinjskog podrijetla iz skupine ISIC 312)			
	313 Specijalizirana proizvodnja kemijskih proizvoda uglavnom za kućnu ili uredsku upotrebu [isključujući proizvodnju medicinskih i farmaceutskih proizvoda (prijašnja skupina ISIC 319)]			
Glavna skupina 32	320 Naftna industrija			
Glavna skupina 33	Proizvodnja nemetalnih mineralnih proizvoda			
	331 Proizvodnja građevinskih glinenih proizvoda			
	332 Proizvodnja stakla i staklenih proizvoda			
	333 Proizvodnja keramičkih proizvoda, uključujući vatrostalne proizvode			
	334 Proizvodnja cementa, vapna i žbuke			
	335 Proizvodnja građevinskog materijala od betona, cementa i žbuke			
	339 Obrada kamena i proizvodnja drugih nemetalnih mineralnih proizvoda			
Glavna skupina 34	Proizvodnja i primarna transformacija neobojenih i obojenih metala			
	341 Industrija željeza i čelika (kako je definirano u Ugovoru o EZUČ-u, uključujući koksare integrirane u čeličane)			
	324 Proizvodnja čeličnih cijevi			
	343 Izvlačenje žica, hladno izvlačenje, hladno valjanje traka, hladno oblikovanje			
	344 Proizvodnja i primarna transformacija obojenih metala			
	345 Ljevaonice obojenih i neobojenih metala			
Glavna skupina 35	Proizvodnja metalnih proizvoda (osim strojeva i transportne opreme)			
	351 Kovanje, teško utiskivanje i teško prešanje			
	352 Sekundarna transformacija i površinska obrada			

	353Metalne konstrukcije			
	354Izrada kotlova, proizvodnja industrijskih posuda			
	355Proizvodnja oruđa i sredstava te gotovih metalnih proizvoda (osim električne opreme)			
	359Pomoćne aktivnosti strojarstva			
Glavna skupina	36 Proizvodnja strojeva, osim električnih strojeva			
	361Proizvodnja poljoprivrednih strojeva i traktora			
	362Proizvodnja uredskih strojeva			
	363Proizvodnja alata za obradu metala i drugih strojnih alata te uređaja i dodataka za njih i za druge električne alate			
	364Proizvodnja tekstilnih strojeva i pribora, proizvodnja šivaćih strojeva			
	365Proizvodnja strojeva i opreme za industriju hrane i pića te za kemijsku industriju i druge srodne industrije			
	366Proizvodnja pogona i opreme za rudnike, ljevaonice željeza i čelika, te za građevinsku industriju; proizvodnja opreme s mehaničkim upravljanjem			
	367Proizvodnja transmisijske opreme			
	368Proizvodnja strojeva za druge specifične industrijske svrhe			
	369Proizvodnja drugih ne-električnih strojeva i opreme			
Glavna skupina	37 Elektrotehnika			
	371Proizvodnja električnih žica i kablova			
	372Proizvodnja motora, generatora, transformatora, uklopnih/rasklopnih uređaja i druge slične opreme za snabdijevanje električnom energijom			
	373Proizvodnja električne opreme za izravnu komercijalnu upotrebu			
	374Proizvodnja telekomunikacijske opreme, mjernih instrumenata, drugih naprava za mjerenje i elektromedicinske opreme			
	375Proizvodnja elektroničke opreme, radio i televizijskih prijemnika, audio opreme			
	376Proizvodnja električnih aparata za kućnu upotrebu			
	377Proizvodnja svjetiljaka i opreme za rasvjetu			
	378Proizvodnja baterija i akumulatora			
	379Popravljanje, sklapanje i stručna instalacija električne opreme			
Prijašnja glavna skupina	38 Proizvodnja opreme za transport			
	383Proizvodnja motornih vozila i njihovih dijelova			
	384Popravljanje motornih vozila, motocikala i bicikala			
	385Proizvodnja motocikala, bicikala i njihovih dijelova			
	389Proizvodnja opreme za transport koja nije klasificirana negdje drugdje			

Glavna skupina	39	Razne proizvodne industrije			
	391	Proizvodnja preciznih instrumenata te mjernih i kontrolnih instrumenata			
	392	Proizvodnja medicinsko-kirurških instrumenata i opreme te ortopedskih pomagala (osim ortopedске obuće)			
	393	Proizvodnja fotografske i optičke opreme			
	394	Proizvodnja i popravak ručnih i drugih satova			
	395	Proizvodnja dragulja i plemenitih metala			
	396	Proizvodnja i popravak glazbenih instrumenata			
	397	Proizvodnja igara, igračkа, sportske i atletičarske opreme			
	399	Druge proizvodne industrije			
Glavna skupina	40	Građevina			
	400	Građevinarstvo (ne-specijalizirano); rušenje			
	401	Izgradnja zgrada (stambenih ili drugih)			
	402	Građevinarstvo: izgradnja cesta, mostova, željezničkih pruga itd.			
	403	Montaža			
	404	Dekoriranje i završni radovi			
2. Direktiva 68/366/EEZ					
Glavna skupina	20A	200 Industrija za proizvodnju životinjskih i biljnih masti i ulja			
	20B	Prehrambena industrija (osim industrije pića)			
	201	Klaonice, priprema i konzerviranje mesa			
	202	Industrija mlijeka i mliječnih proizvoda			
	203	Konzerviranje voća i povrća			
	204	Konzerviranje ribe i drugih plodova mora			
	205	Proizvodnja mlinarskih proizvoda			
	206	Proizvodnja pekarskih proizvoda, uključujući dvopek i prepečenac			
	207	Industrija šećera			
	208	Proizvodnja kakaа, čokolade i slatkiša			
	209	Proizvodnja različitih prehrambenih proizvoda			
Glavna skupina	21	Industrija pića			
	211	Proizvodnja etilnog alkohola fermentacijom, proizvodnja kvasca i alkoholnih pića			
	212	Proizvodnja vina i drugih alkoholnih pića bez slada			
	213	Varenje piva i proizvodnja slada			
	214	Industrija bezalkoholnih pića i gazirane vode			

<p>prije 30 304</p>	<p>Proizvodnja gumenih proizvoda, plastičnih materijala, umjetnih i sintetičnih vlakana te proizvoda od škroba Proizvodnja proizvoda od škroba</p>			
<p>3. Direktiva 82/489/EEZ</p>				
<p>prije 855 Frizerski saloni (isključujući usluge pedikure i strukovne škole za kozmetičare)</p>				
<p>Lista II.</p>				
<p>Glavne skupine iz direktiva 75/368/EEZ, 75/369/EEZ i 82/470/EEZ</p>				
<p>1. Direktiva 75/368/EEZ (djelatnosti iz članka 5. stavka 1.)</p>				
<p>prije Ribolov</p>				
<p>04</p>	<p>043 Ribolov na kopnenim vodama</p>			
<p>prije Proizvodnja transportne opreme</p>				
<p>38</p>	<p>381 Izgradnja i popravak brodova</p>			
	<p>382 Proizvodnja željezničke opreme</p>			
	<p>386 Proizvodnja zrakoplova (uključujući opremu prostora)</p>			
<p>prije Aktivnosti povezane s transportom i druge aktivnosti koje nisu povezane s transportom a spadaju u sljedeće</p>				
<p>71</p>	<p>skupine:</p>			
	<p>prije Usluga spavaćih kola i vagon-restorana; održavanje željezničkog voznog parka u hangarima; čišćenje</p>			
	<p>711 vagona</p>			
	<p>prije Održavanje voznog parka za gradski, prigradski i međugradski putnički promet</p>			
	<p>712</p>			
	<p>prije Održavanje voznog parka za ostale oblike kopnenog putničkog prometa (kao što su automobili,</p>			
	<p>713 autobusi, taksiji)</p>			
	<p>prije Rad i održavanje pomoćnih službi za cestovni promet (kao što su ceste, tuneli i naplatne postaje,</p>			
	<p>714 skladišta robe, parkirališta, hangari za autobuse i tramvaje)</p>			
	<p>Prije Aktivnosti povezane s transportom kopnenim vodama (kao što su rad i održavanje vodenih putova,</p>			
	<p>716 luka i drugih objekata za transport kopnenim vodama; usluge tegljenja i navođenja u lukama,</p>			
	<p>postavljanje plutača, utovar i istovar plovila i druge slične aktivnosti kao što su spašavanje brodova,</p>			
	<p>tegljenje i rad spremišta za čamce)</p>			
<p>73</p>	<p>Komunikacije: poštanske usluge i telekomunikacije</p>			

<p>Prije Osobne usluge</p> <p>85 854 Praonice rublja i usluge pranja rublja, kemijsko čišćenje i bojanje prije Fotografski ateljei: portreti i komercijalno fotografiranje, osim novinarskih fotografa 856 prije Osobne usluge koje nisu nigdje drugdje klasificirane (samo održavanje i čišćenje zgrada ili boravišnih 859 prostora)</p> <p>2. Direktiva 75/369/EEZ (članak 6.: kada se djelatnost smatra industrijskom ili maloobrtničkom)</p> <p>Sljedeće pokretne djelatnosti:</p> <p>(a)kupovina i prodaja robe:</p> <ul style="list-style-type: none"> —kojom se bave trgovački putnici, ulični prodavači ili prodavači po kućama (prije ISIC skupina 612), —na pokrivenim tržnicama, osim onih koji imaju stalne fiksne štandove, i na otvorenim tržnicama; <p>(b)djelatnosti na koje se odnose već usvojene prijelazne mjere, koje izričito isključuju ili ne spominju obavljanje takvih djelatnosti na pokretnoj osnovi.</p> <p>3. Direktiva 82/470/EEZ (članak 6. stavci 1. i 3.)</p> <p>Ove djelatnosti uključuju posebno:</p> <ul style="list-style-type: none"> —organiziranje, ponudu za prodaju i prodaju, izravno ili komisiono, pojedinačno ili skupno putovanja ili boravka (prijevoz, smještaj, hrana, izleti itd.), bez obzira na razloge putovanja (članak 2. točka (B) (a)), —posredovanje između ponuđača različitih metoda transporta i osoba koje otpremaju ili primaju robu, ili obavljanje srodnih djelatnosti: <ul style="list-style-type: none"> (aa) sklapanjem ugovora s prijevoznikom u ime naručitelja; (bb) izborom načina transporta, poduzeća i rute koji se smatraju najpovoljnijim za naručitelja; (cc)organiziranjem tehničkih aspekata transporta (npr. pakiranje potrebno za prijevoz); izvođenjem različitih poslova povezanih s transportom (npr. osiguravanje zaliha leda za rashladna kola); (dd)obavljanjem formalnosti povezanih s transportom, kao što je priprema teretnog lista; sabiranjem i raspršivanjem pošiljaka; (ee)koordiniranjem različitih faza transporta, osiguravanjem tranzita, ponovne otpreme, prekrcaja i drugih završnih radnji; 			
---	--	--	--

(ff)organiziranjem vozarine i prijevoznika te prijevoznih sredstava za osobe koje otpremaju robu ili je primaju:

- procjena transportnih troškova i provjera detaljnih obračuna,
- poduzimanje određenih privremenih ili trajnih mjera u ime i za račun broдача ili pomorskog prijevoznika (s lučkim vlastima, trgovcima brodskih potrepština itd.).

(Djelatnosti navedene u članku 2. točkama (A)(a), (b) i (d)).

Popis III.

Direktive 64/222/EEZ, 68/364/EEZ, 68/368/EEZ, 75/368/EEZ, 75/369/EEZ, 70/523/EEZ i 82/470/EEZ

1. Direktiva 64/222/EEZ

1.Djelatnosti samozaposlenih osoba u veletrgovini, osim veletrgovine medicinskih i farmaceutskih proizvoda, toksičnih proizvoda i patogenih supstanci te ugljena (prijašnja skupina 611).

2.Profesionalne djelatnosti posrednika, kojeg je jedna ili više osoba ovlastila i uputila da u njihovo ime i za njihov račun pregovara ili sklapa trgovačke poslove.

3.Profesionalne djelatnosti posrednika koji, iako nema takvih trajnih uputa, povezuje osobe koje žele izravno međusobno sklapati poslove, organizira njihove trgovačke poslove ili pomaže pri njihovom izvođenju.

4. Profesionalne djelatnosti posrednika koji samostalno sklapa trgovačke poslove za druge.

5. Profesionalne djelatnosti posrednika koji za druge obavlja veleprodaju putem dražbe.

6. Profesionalne djelatnosti posrednika koji pribavlja narudžbe hodajući od vrata do vrata.

7.Obavljanje usluga posrednika, kao profesionalne djelatnosti, kojeg zapošljava jedno ili više trgovačkih, industrijskih ili malo-obrtničkih poduzeća.

2. Direktiva 68/364/EEZ)

Prijašnja ISIC skupina 612: Maloprodaja

Isključene djelatnosti:

012 Davanje poljoprivrednih strojeva u najam

640 Nekretnine, davanje imanja u najam

713 Davanje automobila, kočija i konja u najam

718 Davanje željezničkih vagona i kola u najam

<p>839 Davanje strojeva u najam poslovnim poduzećima</p> <p>841 Rezerviranje sjedala u kinematografima i davanje kinematografskih filmova u najam</p> <p>842 Rezerviranje kazališnih sjedala i davanje kazališne opreme u najam</p> <p>843 Iznajmljivanje čamaca, bicikala i automata za igre ili igre na sreću</p> <p>853 Iznajmljivanje opremljenih soba</p> <p>854 Iznajmljivanje oprane posteljine</p> <p>859 Iznajmljivanje odjeće</p> <p>3. Direktiva 68/368/EEZ</p> <p>Prijašnja ISIC glavna skupina 85</p> <p>1. Restorani, kavane, taverne i druga mjesta gdje se jede i pije (ISIC skupina 852).</p> <p>2. Hoteli, prenoćišta, kampovi i druga mjesta za smještaj (ISIC skupina 853).</p> <p>4. Direktiva 75/368/EEZ (članak 7.)</p> <p>prije Banke i druge financijske ustanove</p> <p>62 prije Poduzeća za kupovinu patenta i licenciranje 620</p> <p>prije Prijevoz</p> <p>71 prije Cestovni putnički prijevoz, isključujući prijevoz motornim vozilima 713</p> <p>719 prije Cjevovodni transport tekućeg ugljikovodika i drugih tekućih kemijskih proizvoda</p> <p>prije Javne usluge</p> <p>82 827 Knjižnice, muzeji, botanički i zoološki vrtovi</p> <p>prije Rekreativne usluge</p> <p>84 843 Rekreativne usluge koje nisu drugdje klasificirane:</p> <ul style="list-style-type: none"> —Sportske aktivnosti (sportski tereni, organiziranje sportskih događaja itd.) osim aktivnosti sportskih instruktora — Igre (konjušnice trkaćih konja, površine za igre, utrke itd.) — Druge rekreativne usluge (cirkusi, zabavni parkovi i druga zabavišta) <p>Osobne usluge</p>			
---	--	--	--

<p>prije 851</p> <p>prije 855</p> <p>prije 859</p> <p>prije 85</p>	<p>Usluge za kućanstvo</p> <p>Kozmetički saloni i usluge manikiranja, isključujući usluge pedikera i stručne škole za osposobljavanje kozmetičara i frizera</p> <p>Osobne usluge koje nisu drugdje klasificirane, osim sportskih i paramedicinskih masera i gorskih vodiča, podijeljene u sljedeće skupine:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dezinfekcija i kontrola nametnika — Iznajmljivanje odjeće i skladištenje — Ženidbene agencije i slične usluge — Astrologija, pricanje sudbine i slično — Sanitarne usluge i srodne djelatnosti — Pogrebne usluge i održavanje groblja — Putni pratitelji i turistički vodiči-prevoditelji 			
<p>5. Direktiva 75/369/EEZ (članak 5.)</p> <p>Sljedeće pokretne djelatnosti:</p> <p>(a)kupovina i prodaja robe:</p> <ul style="list-style-type: none"> —kojom se bave trgovački putnici, ulični prodavači ili prodavači po kućama (prije ISIC skupina 612), —na pokrivenim tržnicama, osim onih koji imaju stalne fiksne štandove, i na otvorenim tržnicama.; <p>(b)djelatnosti na koje se odnose već usvojene prijelazne mjere, koje izričito isključuju ili ne spominju obavljanje takvih djelatnosti na pokretnoj osnovi.</p> <p>6. Direktiva 70/523/EEZ</p> <p>Djelatnosti samozaposlenih osoba u veletrgovini ugljena i djelatnosti posrednika u trgovini ugljenom (prijašnja skupina 6112 nomenklature ISIC).</p> <p>7. Direktiva 82/470/EEZ (članak 6. stavak 2.)</p> <p>(Djelatnosti navedene u članku 2. točkama (A)(c) i (e), točki (B) (b), točki (C) i točki (D)).</p>				

Ove djelatnosti uključuju posebno:				
<ul style="list-style-type: none"> — davanje u najam željezničkih kola ili vagona za prijevoz osoba ili roba, — obavljanje posredništva u prodaji, kupnji ili iznajmljivanju brodova, — organiziranje, pregovaranje i sklapanje ugovora za prijevoz emigranata, — primanje svih deponiranih predmeta i roba, pod carinskim nadzorom ili ne, u ime deponenta u skladištima, skladištima namještaja, hladnjačama, silosima itd., — pribavljanje potvrde o deponiranim predmetima ili robama za deponenta, — osiguravanje tora, hrane za životinje i prodajnih prstena za stoku koja je privremeno smještena dok čeka na prodaju ili dok je u tranzitu na tržište ili s njega, — provođenje pregleda ili tehničke ocjene motornih vozila, — mjerenje, vaganje i kalibriranje roba. 				
PRILOG V.				
Priznavanje na temelju usklađivanja minimalnih uvjeta osposobljavanja				
V.1. DOKTOR MEDICINE				
5.1.1. Dokaz o formalnoj osposobljenosti za liječnika s osnovnom medicinskom osposobljenosti				
Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Svjedodžba priložena uz dokaz o kvalifikacijama	Referentni datum
België/Belgique/Belgien	Diploma van arts/Diplôme de docteur en médecine	—Les universités/De universiteiten —Le Jury compétent d’enseignement de la Communauté française/De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap		20. prosinca 1976.
Česká republika	Diplom o ukončení studia ve studijním programu všeobecné	Lékařská fakulta univerzity v České republice	—Vysvědčení o státní rigorózní zkoušce	1. svibnja 2004.

Danmark	lékařství (doktor medicíny, MUDr.) Bevis for bestået lægevidenskabelig Embedseksamen	Medicinsk universitetsfakultet	—Autorisation som læge, udstedt af Sundhedsstyrelsen og —Tilladelse til selvstændigt virke som læge (dokumentation for gennemført praktisk uddannelse), udstedt af Sundhedsstyrelsen	20. prosinca 1976.		
Deutschland	—Zeugnis über die Ärztliche Prüfung —Zeugnis über die Ärztliche Staatsprüfung und Zeugnis über die Vorbereitungszeit als Medizinalassistent, soweit diese nach den deutschen Rechtsvorschriften noch für den Abschluss der ärztlichen Ausbildung vorgesehen war	Zuständige Behörden		20. prosinca 1976.		
Eesti	Diplom arstiteaduse õppekava läbimise kohta	Tartu Ülikool		1. svibnja 2004.		
Ελλάς	Πτυχίο Ιατρικής	—Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου,		1. siječnja 1981.		

España	Título de Licenciado en Medicina y Cirugía	—Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου —Ministerio de Educación y Cultura —El rector de una Universidad		1. siječnja 1986.		
France	Diplôme d'Etat de docteur en médecine	Universités		20. prosinca 1976.		
Ireland	Primary qualification	Competent examining body	Certificate of experience	20. prosinca 1976.		
Italia	Diploma di laurea in medicina e Chirurgia	Università	Diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia	20. prosinca 1976.		
Κύπρος	Πιστοποιητικό Εγγραφής Ιατρού	Ιατρικό Συμβούλιο		1. svibnja 2004.		
Latvija	ārsta diploms	Universitātes tipa augstskola		1. svibnja 2004.		
Lietuva	Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktą gydytojo kvalifikaciją	Universitetas	Internatūros pažymejimas, nurodantis suteiktą medicinos gydytojo profesinę kvalifikaciją	1. svibnja 2004.		
Luxembourg,	Diplôme d'Etat de docteur en médecine, chirurgie et accouchements	Jury d'examen d'Etat	Certificat de stage	20. prosinca 1976.		
Magyarország	Általános orvos oklevél (doctor medicinae universae, röv.: dr. med. univ.)	Egyetem		1. svibnja 2004.		

Malta	Lawrja ta' Tabib tal-Medi- cina u l-Kirurgija	Universita' ta' Malta	Certifikat ta' registrazzjoni mahrug mill-Kunsill Mediku	1. svibnja 2004.			
Nederland	Getuigschrift van met goed gevolg afgelegd artsexamen	Faculteit Geneeskunde		20. prosinca 1976.			
Österreich	1.Urkunde über die Verleihung des akademischen Grades Doktor der gesamten Heilkunde (bzw. Doctor medicinae universae, Dr.med.univ.) 2.Diplom über die spezifische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt Diplom	1.Medizinische Fakultät einer Universität 2.Österreichische Ärztekammer		1. siječnja 1994.			
Polska	Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku lekarskim z tytułem „lekarza”	1.Akademia Medyczna 2.Uniwersytet Medyczny 3.Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	Lekarski Egzamin Państwowy	1. svibnja 2004.			
Portugal	Carta de Curso de licenciatura em medicina	Universidades	Diploma comprovativo da conclusão do internato geral emitido pelo Ministério da Saúde	1. siječnja 1986.			
Slovenija	Diploma, s katero se podeljuje strokovni naslov „doktor	Univerza		1. svibnja 2004.			

Slovensko	medicine/doktorica medicine” Vysokoškolský diplom Vysoká škola o udelení akademického titulu „doktor medicíny” („MUDr.”)			1. svibnja 2004.		
Suomi/Finland	Lääketieteen lisensiaatin tutkinto/Medicine licentiatexamen	—Helsingin yliopisto/Helsingfors universitet — Kuopion yliopisto — Oulun yliopisto —Tampereen yliopisto — Turun yliopisto	Todistus lääkäriin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta/Examenbevis om tilläggsutbildning för läkare inom primärvården	1. siječnja 1994.		
Sverige	Läkarexamen	Universitet	Bevis om praktisk utbildning som utfärdas av Socialstyrelsen	1. siječnja 1994.		
United Kingdom	Primary qualification	Competent examining body	Certificate of experience	20. prosinca 1976.		
5.1.2. Dokaz o formalnoj osposobljenosti liječnika specijalista						
Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje kvalifikacije	Referentni datum			
België/Belgique/Belgien	Bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist/Titre professionnel particulier de médecin spécialiste	Minister bevoegd voor Volksgezondheid/Ministre de la Santé publique	20. prosinca 1976.			
Česká republika	Diplom o specializaci	Ministerstvo zdravotnictví	1. svibnja 2004.			
Danmark	Bevis for tilladelse til at betegne sig som speciallæge	Sundhedsstyrelsen	20. prosinca 1976.			

Deutschland	Fachärztliche Anerkennung	Landesärztekammer	20. prosinca 1976.			
Eesti	Residentuuri lõputunnistus eriarstiabi erialal	Tartu Ülikool	1. svibnja 2004.			
Ελλάς	Τίτλος Ιατρικής Ειδικότητας	1. Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση 2. Νομαρχία	1. siječnja 1981.			
España	Título de Especialista	Ministerio de Educación y Cultura	1. siječnja 1986.			
France	1.Certificat d'études spéciales de médecine 2.Attestation de médecin spécialiste qualifié 3.Certificat d'études spéciales de médecine 4.Diplôme d'études spécialisées ou spécialisation complémentaire qualifiante de médecine	1. Universités 2. Conseil de l'Ordre des médecins 3. Universités 4. Universités	20. prosinca 1976.			
Ireland	Certificate of Specialist doctor	Competent authority	20. prosinca 1976.			
Italia	Diploma di medico specialista	Universita	20. prosinca 1976.			
Κύπρος	Πιστοποιητικό Αναγνώρισης Ειδικότητας	Ιατρικό Συμβούλιο	1. svibnja 2004.			
Latvija	„Sertifikats”—kompetentu iestāžu izsniegts dokuments, kas apliecina, ka persona ir nokārtojusi sertifikācijas eksāmenu specialitātē	Latvijas Ārstu biedriba Latvijas Arstniecības personu profesionālo organizāciju savienība	1. svibnja 2004.			
Lietuva	Rezidentūros pažymėjimas, nurodantis suteiktą gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją	Universitetas	1. svibnja 2004.			

Luxembourg	Certificat de médecin spécialiste	Ministre de la Santé publique	20. prosinca 1976.			
Magyarország	Szakorvosi bizonyítvány	Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium illetékes testülete	1. svibnja 2004.			
Malta	Certifikat ta' Speċjalista Mediku	Kumitat ta' Approvazzjoni dwar Speċjalisti	1. svibnja 2004.			
Nederland	Bewijs van inschrijving in een Specialistenregister	—Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst —Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst	20. prosinca 1976.			
Österreich	Facharzt Diplom	Österreichische Ärztekammer	1. siječnja 1994.			
Polska	Dyplom uzyskania tytułu specjalisty	Centrum Egzaminów Medycznych	1. svibnja 2004.			
Portugal	1. Grau de assistente 2. Título de especialista	1. Ministério da Saúde 2. Ordem dos Médicos	1. siječnja 1986.			
Slovenija	Potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu	1. Ministrstvo za zdravje 2. Zdravniška zbornica Slovenije	1. svibnja 2004.			
Slovensko	Diplom o špecializácii	Slovenská zdravotnícka univerzita	1. svibnja 2004.			
Suomi/Finland	Erikoislääkärin tutkinto/Specialläkarexamen	1. Helsingin liopisto/Helsingfors universitet 2. Kuopion yliopisto 3. Oulun yliopisto 4. Tampereen yliopisto 5. Turun yliopisto	1. siječnja 1994.			

Sverige	Bevis om specialkompetens som läkare, utfärdat av Socialstyrelsen	Socialstyrelsen	1. siječnja 1994.			
United Kingdom	Certificate of Completion of specialist training	Competent authority	20. prosinca 1976.			
5.1.3. Nazivi tečajeva osposobljavanja za specijalizacije u medicini						
Država	Anesteziologija	Opća kirurgija				
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina				
	Naziv	Naziv				
België/Belgique/Belgien	Anesthésie-réanimation/Anesthesie reanimatie	Chirurgie/Heelkunde				
Česká republika	Anesteziologie a resuscitace	Chirurgie				
Danmark	Anæstesiologi	Kirurgi elsler kirurgiske sygdomme				
Deutschland	Anästhesiologie	(Allgemeine) Chirurgie				
Eesti	Anestesiologia	Üldkirurgia				
Ελλάς	Ανασθησιολογία	Χειρουργική				
España	Anestesiología y Reanimación	Cirugía general y del aparato digestivo				
France	Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale	Chirurgie générale				
Ireland	Anaesthesia	General surgery				
Italia	Anestesia e rianimazione	Chirurgia generale				
Κύπρος	Ανασθησιολογία	Γενική Χειρουργική				
Latvija	Anesteziologija un reanimatologija	Kirurgija				
Lietuva	Anesteziologija reanimatologija	Chirurgija				
Luxembourg	Anesthésie-réanimation	Chirurgie générale				
Magyarország	Aneszteziológia és intenzív terápia	Sebészet				
Malta	Anestezija u Kura Intensiva	Kirurgija Generali				
Nederland	Anesthesiologie	Heelkunde				
Österreich	Anästhesiologie und Intensivmedizin	Chirurgie				
Polska	Anestezjologia i intensywna terapia	Chirurgia ogólna				
Portugal	Anestesiologia	Cirurgia geral				

Slovenija	Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina	Splošna kirurgija			
Slovensko	Anestéziológia a intenzívna medicína	Chirurgia			
Suomi/Finland	Anestesiologia ja tehohoito/Anestesiologi och intensivvård	Yleiskirurgia/Allmän kirurgi			
Sverige	Anestesi och intensivvård	Kirurgi			
United Kingdom	Anaesthetics	General surgery			
Država	Neurokirurgija	Porodništvo i ginekologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Neurochirurgie	Gynécologie — obstétrique/Gynaecologie en verloskunde			
Česká republika	Neurochirurgie	Gynekologie a porodnictví			
Danmark	Neurokirurgi eller kirurgiske nervesygdomme	Gynékologi og obstetrik eller kvindesygdomme og frdselshjlp			
Deutschland	Neurochirurgie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
Eesti	Neurokirurgia	Sünnitusabi ja günekoloogia			
Ελλάς	Νευροχειρουργική	Μαιευτική-Γυναικολογία			
España	Neurocirugía	Obstetricia y ginecología			
France	Neurochirurgie	Gynécologie — obstétrique			
Ireland	Neurosurgery	Obstetrics and gynaecology			
Italia	Neurochirurgia	Ginecologia e ostetricia			
Κύπρος	Νευροχειρουργική	Μαιευτική — Γυναικολογία			
Latvija	Neirokirurgija	Ginekologija un dzemdniecība			
Lietuva	Neurochirurgija	Akušerija ginekologija			
Luxembourg	Neurochirurgie	Gynécologie — obstétrique			
Magyarország	Idegsebészet	Szülészet-nőgyógyászat			
Malta	Newrokirurgija	Ostetricja u Ginekologija			
Nederland	Neurochirurgie	Verloskunde en gynaecologie			
Österreich	Neurochirurgie	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
Polska	Neurochirurgia	Położnictwo i ginekologia			
Portugal	Neurocirurgia	Ginecologia e obstetricia			

Slovenija	Nevrokirurgija	Ginekologija in porodništvo			
Slovensko	Neurochirurgia	Gynekológia a pôrodnictvo			
Suomi/Finland	Neurokirurgia/Neurokirurgi	Naistentaudit ja synnytykset/Kvinnosjukdomar och förlossningar			
Sverige	Neurokirurgi	Obstetrik och gynekologi			
United Kingdom	Neurosurgery	Obstetrics and gynaecology			
Država	Opća (interna) medicina	Oftalmologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Médecine interne/Inwendige geneeskunde	Ophthalmologie/Oftalmologie			
Česká republika	Vnitřní lékařství	Oftalmologie			
Danmark	Intern medicin	Oftalmologi eller øjensygdomme			
Deutschland	Innere Medizin	Augenheilkunde			
Eesti	Sisehaigused	Oftalmoloogia			
Ελλάς	Παθολογία	Οφθαλμολογία			
España	Medicina interna	Oftalmología			
France	Médecine interne	Ophthalmologie			
Ireland	General medicine	Ophthalmic surgery			
Italia	Medicina interna	Oftalmologia			
Κύπρος	Παθολογία	Οφθαλμολογία			
Latvija	Internā medicīna	Oftalmologija			
Lietuva	Vidaus ligos	Oftalmologija			
Luxembourg	Médecine interne	Ophthalmologie			
Magyarország	Belgyógyászat	Szemésze			
Malta	Medicina Interna	Oftalmologija			
Nederland	Interne geneeskunde	Oogheelkunde			
Österreich	Innere Medizin	Augenheilkunde und Optometrie			
Polska	Choroby wewnętrzne	Okulistyka			
Portugal	Medicina interna	Oftalmologia			
Slovenija	Interna medicina	Oftalmologija			
Slovensko	Vnútrošné lekárstvo	Oftalmológia			
Suomi/Finland	Sisätaudit/Inre medicin	Silmätaudit/Ögonsjukdomar			

Sverige	Internmedicin	Ögonsjukdomar (oftalmologi)			
United Kingdom	General (internal) medicine	Ophthalmology			
Država	Otorinolaringologija	Pedijatrija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Oto-rhino-laryngologie/Otorhinolaryngologie	Pédiatrie/Pediatrie			
Česká republika	Otorinolaryngologie	Dětské lékařství			
Danmark	Oto-rhino-laryngologi eller ðre-nðse-halssygdomme	Pædiatri eller sygdomme hos børn			
Deutschland	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Kinder- und Jugendmedizin			
Eesti	Otorinolarüngoloogia	Pediaatria			
Ελλάς	.τορινολαρυγγολογία	Παιδιατρική			
España	Otorrinolaringología	Pediatría y sus áreas específicas			
France	Oto-rhino-laryngologie	Pédiatrie			
Ireland	Otolaryngology	Paediatrics			
Italia	Otorinolaringoiatria	Pédiatria			
Κύπρος	.τορινολαρυγγολογία	Παιδιατρική			
Latvija	Otolaringologija	Pediatrija			
Lietuva	Otorinolaringologija	Vaikų ligos			
Luxembourg	Oto-rhino-laryngologie	Pédiatrie			
Magyarország	Fül-orr-gégegyógyászat	Csecsemő- és gyermekgyógyászat			
Malta	Otorinolaringologija	Pedjatrija			
Nederland	Keel-, neus- en oorheelkunde	Kindergeneeskunde			
Österreich	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	Kinder- und Jugendheilkunde			
Polska	Otorynolaryngologia	Pediatria			
Portugal	Otorrinolaringologia	Pediatria			
Slovenija	Otorinolaringologija	Pediatrija			
Slovensko	Otorinolaringologija	Pediatria			
Suomi/Finland	Korva-, nenä- ja kurkkutaudit/Öron-, näs- och halssjukdomar	Lastentaudit/Barnsjukdomar			
Sverige	Öron-, näs- och halssjukdomar (oto-rhino-laryngologi)	Barn- och ungdomsmedicin			

United Kingdom Država	Otolaryngology Pulmologija	Paediatrics Urologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Pneumologie	Urologie			
Česká republika	Tuberkulóza a respirační nemoci	Urologie			
Danmark	Medicinske lungesygdomme	Urologi eller urinvejenes kirurgiske sygdomme			
Deutschland	Pneumologie	Urologie			
Eesti	Pulmonoloogia	Uroloogia			
Ελλάς	Φυματιολογία- Πνευμονολογία	Ουρολογία			
España	Neumología	Urología			
France	Pneumologie	Urologie			
Ireland	Respiratory medicine	Urology			
Italia	Malattie dell'apparato respiratorio	Urologia			
Κύπρος	Πνευμονολογία — Φυματιολογία	Ουρολογία			
Latvija	Ftiziopneimonoloģija	Uroloģija			
Lietuva	Pulmonologija	Urologija			
Luxembourg	Pneumologie	Urologie			
Magyarország	Tüdőgyógyászat	Urológia			
Malta	Medicina Respiratorja	Urologija			
Nederland	Longziekten en tuberculose	Urologie			
Österreich	Lungenkrankheiten	Urologie			
Polska	Choroby płuc	Urologia			
Portugal	Pneumologia	Urologia			
Slovenija	Pnevmologija	Urologija			
Slovensko	Pneumológia a ftizeológia	Urológia			
Suomi/Finland	Keuhkosairaudet ja allergologia/Lungsjukdomar och allergologi	Urologia/Urologi			
Sverige	Lungsjukdomar (pneumologi)	Urologi			
United Kingdom Država	Respiratory medicine Ortopedija	Urology Patološka anatomija			

	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina Naziv	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine Naziv			
België/Belgique/Belgien	Chirurgie orthopédique/Orthopedische heekunde	Anatomie pathologique/Pathologische anatomie			
Česká republika	Ortopedie	Patologická anatomie			
Danmark	Ortopédisk kirurgi	Patologisk anatomi eller vévs- og celleundersøgelser			
Deutschland	Orthopädie (und Unfallchirurgie)	Pathologie			
Eesti	Ortopeedia	Patoloogia			
Ελλάς	Ορθοπαιδική	Παθολογική Ανατομική			
España	Cirugía ortopédica y traumatología	Anatomía patológica			
France	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Anatomie et cytologie pathologiques			
Ireland	Trauma and orthopaedic surgery	Histopathology			
Italia	Ortopedia e traumatologia	Anatomia patologica			
Κύπρος	Ορθοπαιδική	Παθολογοανατομία — Ιστολογία			
Latvija	Traumatoloģija un ortopēdija	Patoloģija			
Lietuva	Ortopedija traumatologija	Patologija			
Luxembourg	Orthopédie	Anatomie pathologique			
Magyarország	Ortopédia	Patológia			
Malta	Kirurgija Ortopedika	Istopatologija			
Nederland	Orthopedie	Pathologie			
Österreich	Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	Pathologie			
Polska	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Patomorfologia			
Portugal	Ortopedia	Anatomia patologica			
Slovenija	Ortopedska kirurgija	Anatomska patologija in citopatologija			
Slovensko	Ortopédia	Patologická anatomia			
Suomi/Finland	Ortopedia ja traumatologia/Ortopedi och traumatologi	Patologia/Patologi			
Sverige	Ortopedi	Klinisk patologi			
United Kingdom	Trauma and orthopaedic surgery	Histopathology			
Država	Neurologija	Psihijatrija			

	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine Naziv	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine Naziv			
België/Belgique/Belgien	Neurologie	Psychiatrie de l'adulte/Volwassen psychiatrie			
Česká republika	Neurologie	Psychiatrie			
Danmark	Neurologi eller medicinske nervesygdomme	Psykiatri			
Deutschland	Neurologie	Psychiatrie und Psychotherapie			
Eesti	Neuroloogia	Psiühhaatria			
Ελλάς	Νευρολογία	Ψυχιατρική			
España	Neurología	Psiquiatría			
France	Neurologie	Psychiatrie			
Ireland	Neurology	Psychiatry			
Italia	Neurologia	Psichiatria			
Κύπρος	Νευρολογία	Ψυχιατρική			
Latvija	Neiroloģija	Psihiatrija			
Lietuva	Neurologija	Psihiatrija			
Luxembourg	Neurologie	Psychiatrie			
Magyarország	Neurológia	Pszichiátria			
Malta	Newrologija	Psikjatrija			
Nederland	Neurologie	Psychiatrie			
Österreich	Neurologie	Psychiatrie			
Polska	Neurologia	Psychiatria			
Portugal	Neurologia	Psiquiatría			
Slovenija	Nevrologija	Psihiatrija			
Slovensko	Neurológia	Psichiatria			
Suomi/Finland	Neurologia/Neurologi	Psykiatria/Psykiatri			
Sverige	Neurologi	Psykiatri			
United Kingdom	Neurology	General psychiatry			
Država	Dijagnostička radiologija	Radioterapija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine Naziv	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine Naziv			

Belgique/België/Belgien	Radiodiagnostic/Röntgendiagnose	Radiothérapie-oncologie/Radiotherapie-oncologie			
Česká republika	Radiologie a zobrazovací metody	Radiační onkologie			
Danmark	Diagnostik radiologi eller røntgenundersøgelser	Onkologi			
Deutschland	(Diagnostische) Radiologie	Strahlentherapie			
Eesti	Radioloogia	Onkoloogia			
Ελλάς	Ακτινοδιαγνωστική	Ακτινοθεραπευτική — Ογκολογία			
España	Radiodiagnóstico	Oncología radioterápica			
France	Radiodiagnostic et imagerie médicale	Oncologie radiothérapique			
Ireland	Diagnostic radiology	Radiation oncology			
Italia	Radiodiagnostica	Radioterapia			
Κύπρος	Ακτινολογία	Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία			
Latvija	Diagnostiskā radioloģija	Terapeitiskā radioloģija			
Lietuva	Radiologija	Onkologija radioterapija			
Luxembourg	Radiodiagnostic	Radiothérapie			
Magyarország	Radiológia	Sugárterápia			
Malta	Radjologija	Onkologija u Radjoterapija			
Nederland	Radiologie	Radiotherapie			
Österreich	Medizinische Radiologie-Diagnostik	Strahlentherapie – Radioonkologie			
Polska	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Radioterapia onkologiczna			
Portugal	Radiodiagnóstico	Radioterapia			
Slovenija	Radiologija	Radioterapija in onkologija			
Slovensko	Rádiológia	Radiačná onkológia			
Suomi/Finland	Radiologia/Radiologi	Syöpätaudit/Cancersjukdomar			
Sverige	Medicinsk radiologi	Tumörsjukdomar (allmän onkologi)			
United Kingdom	Clinical radiology	Clinical oncology			
Država	Plastična kirurgija	Klinička biologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
Belgique/België/Belgien	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique/Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde	Biologie clinique/Klinische biologie			

Česká republika	Plastická chirurgie			
Danmark	Plastikkirurgi			
Deutschland	Plastische (und Ästhetische) Chirurgie			
Eesti	Plastika- ja rekonstruktiiivkirurgia	Laborimeditiin		
Ελλάς	Πλαστική Χειρουργική	Χειρουργική Θώρακος		
España	Cirugía plástica, estética y reparadora	Análisis clínicos		
France	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Biologie médicale		
Ireland	Plastic, reconstructive and aesthetic surgery			
Italia	Chirurgia plastica e ricostruttiva	Patologia clinica		
Κύπρος	Πλαστική Χειρουργική			
Latvija	Plastiska kirurgija			
Lietuva	Plastine ir rekonstrukcine chirurgija	Laboratorine medicina		
Luxembourg	Chirurgie plastique	Biologie clinique		
Magyarország	Plasztikai (égési) sebészet	Orvosi laboratóriumi diagnosztika		
Malta	Kirurgija Plastika			
Nederland	Plastische Chirurgie			
Österreich	Plastische Chirurgie	Medizinische Biologie		
Polska	Chirurgia plastyczna	Diagnostyka laboratoryjna		
Portugal	Cirurgia plástica e reconstrutiva	Patologia clínica		
Slovenija	Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija			
Slovensko	Plastická chirurgie	Laboratórna medicína		
Suomi/Finland	Plastiikkirurgia/Plastikkirurgi			
Sverige	Plastikkirurgi			
United Kingdom	Plastic surgery			
Država	Mikrobiologija-bakteriologija	Biokemija		
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine		
	Naziv	Naziv		
België/Belgique/Belgien				
Česká republika	Lékařská mikrobiologie	Klinická biochemie		
Danmark	Klinisk mikrobiologi	Klinisk biokemi		

Deutschland	Mikrobiologie (Virologie) und Infektionsepidemiologie	Laboratoriumsmedizin			
Eesti					
Ελλάς	1. Ιατρική Βιοπαθολογία 2. Μικροβιολογία				
España	Microbiología y parasitología	Bioquímica clínica			
France					
Ireland	Microbiology	Chemical pathology			
Italia	Microbiologia e virologia	Biochimica clinica			
Κύπρος	Μικροβιολογία				
Latvija	Mikrobiologija				
Lietuva					
Luxembourg	Microbiologie	Chimie biologique			
Magyarország	Orvosi mikrobiológia				
Malta	Mikrobijologija	Patologija Kimika			
Nederland	Medische microbiologie	Klinische chemie			
Österreich	Hygiene und Mikrobiologie	Medizinische und Chemische Labordiagnostik			
Polska	Mikrobiologia lekarska				
Portugal					
Slovenija	Klinična mikrobiologija	Medicinska biokemija			
Slovensko	Klinická mikrobiológia	Klinická biochémia			
Suomi/Finland	Kliininen mikrobiologia/Klinisk mikrobiologi	Kliininen kemia/Klinisk kemi			
Sverige	Klinisk bakteriologi	Klinisk kemi			
United Kingdom	Medical microbiology and virology	Chemical pathology			
Država	Imunologija	Torakalna kirurgija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien		Chirurgie thoracique/Heelkunde op de thorax (1)			
Česká republika	Alergologie a klinická imunologie	Kardiochirurgie			

Danmark	Klinisk immunologi	Thoraxkirurgi eller brysthulens kirurgiske sygdomme			
Deutschland		Thoraxchirurgie			
Eesti		Torakaalkirurgia			
Ελλάς		Χειρουργική Θώρακος			
España	Immunología	Cirurgía torácica			
France		Chirurgie thoracique et cardiovasculaire			
Ireland	Immunology (clinical and laboratory)	Thoracic surgery			
Italia		- Chirurgia toracica; Cardiochirurgia			
Κύπρος	Ανοσολογία	Χειρουργική Θώρακος			
Latvija	Imunologija	Torakālā ķirurgija			
Lietuva		Krutines chirurgija			
Luxembourg	Immunologie	Chirurgie thoracique			
Magyarország	Allergológia és klinikai immunológia	Mellkasebészet			
Malta	Immunologija	Kirurgija Kardjo-Toracika			
Nederland		Cardio-thoracale chirurgie			
Österreich	Immunologie				
Polska	Immunologia kliniczna	Chirurgia klatki piersiowej			
Portugal		Cirurgia cardiotorácica			
Slovenija		Torakalna kirurgija			
Slovensko	Klinická imunológia a alergológia	Hrudníková chirurgia			
Suomi/Finland		Sydän- ja rintaelinkirurgia/Hjärt- och thoraxkirurgi			
Sverige	Klinisk immunologi	Thoraxkirurgi			
United Kingdom	Immunology	Cardo-thoracic surgery			
Datumi stavljanja izvan Država	snage u smislu članka 27. stavka 3.: Pedijatrijska kirurgija	Vaskularna kirurgija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina Naziv	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina Naziv			
België/Belgique/Belgien		Chirurgie des vaisseaux/Bloedvatenheelkunde (2)			
Česká republika	Dětská chirurgie	Cévní chirurgie			

Danmark		Karkirurgi eller kirurgiske blodkarsygdomme			
Deutschland	Kinderchirurgie	Gefäßchirurgie			
Eesti	Lastekirurgia	Kardiovaskulaarkirurgia			
Ελλάς	Χειρουργική Παίδων	Αγγειοχειρουργική			
España	Cirugía pediátrica	Angiología y cirugía vascular			
France	Chirurgie infantile	Chirurgie vasculaire			
Ireland	Paediatric surgery				
Italia	Chirurgia pediatrica	Chirurgia vascolare			
Κύπρος	Χειρουργική Παίδων	Χειρουργική Αγγείων			
Latvija	Bernu kirurgija	Asinsvadu ķirurgija			
Lietuva	Vaiku chirurgija	Kraujagysliu chirurgija			
Luxembourg	Chirurgie pédiatrique	Chirurgie vasculaire			
Magyarország	Gyermeksebészet	Érsebészet			
Malta	Kirurgija Pedjatrika	Kirurgija Vaskolari			
Nederland					
Österreich	Kinderchirurgie				
Polska	Chirurgia dziecięca	Chirurgia naczyniowa			
Portugal	Cirurgia pediátrica	Cirurgia vascular			
Slovenija		Kardiovaskularna kirurgija			
Slovensko	Detská chirurgia	Cievna chirurgia			
Suomi/Finland	Lastenkirurgia/Barnkirurgi	Verisuonikirurgia/Kärlkirurgi			
Sverige	Barn- och ungdomskirurgi				
United Kingdom	Paediatric surgery				
Datumi stavljanja izvan snage u smislu članka 27. stavka 3.:					
Država	Kardiologija	Gastroenterologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Cardiologie	Gastro-entérologie/Gastro-enterologie			
Česká republika	Kardiologie	Gastroenterologie			
Danmark	Kardiologi	Medicinsk gastroenterologi eller medicinske mavetarmsygdomme			

Deutschland	Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie			
Eesti	Kardioloogia	Gastroenteroloogia			
Ελλάς	Καρδιολογία	Γαστρεντερολογία			
España	Cardiología	Aparato digestivo			
France	Pathologie cardio-vasculaire	Gastro-entérologie et hépatologie			
Ireland	Cardiology	Gastro-enterology			
Italia	Cardiologia	Gastroenterologia			
Κύπρος	Καρδιολογία	Γαστρεντερολογία			
Latvija	Kardioloģija	Gastroenterologija			
Lietuva	Kardiologija	Gastroenterologija			
Luxembourg	Cardiologie et angiologie	Gastro-enterologie			
Magyarország	Kardiológia	Gasztroenterológia			
Malta	Kardjologija	Gastroenterologija			
Nederland	Cardiologie	Leer van maag-darm-leverziekten			
Österreich					
Polska	Kardiologia	Gastrenterologia			
Portugal	Cardiologia	Gastrenterologia			
Slovenija		Gastroenterologija			
Slovensko	Kardiológia	Gastroenterológia			
Suomi/Finland	Kardiologia/Kardiologi	Gastroenterologia/Gastroenterologi			
Sverige	Kardiologi	Medicinsk gastroenterologi och hepatologi			
United Kingdom	Cardiology	Gastro-enterology			
Država	Reumatologija	Opća hematologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Rhumathologie/reumatologie				
Česká republika	Revmatologie	Hematologie a transfúzní lékařství			
Danmark	Reumatologi	Hæmatologi eller blodsygdomme			
Deutschland	Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie	Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie			
Eesti	Reumatoloogia	Hematoloogia			

Eλλάς	Ρευματολογία	Αιματολογία			
España	Reumatología	Hematología y hemoterapia			
France	Rhumatologie				
Ireland	Rheumatology)	Haematology (clinical and laboratory)			
Italia	Reumatologia	Ematologia			
Κύπρος	Ρευματολογία	Αιματολογία			
Latvija	Reimatoloģija	Hematoloģija			
Lietuva	Reumatologija	Hematologija			
Luxembourg	Rhumatologie	Hématologie			
Magyarország	Reumatológia	Haematológia			
Malta	Rewmatologija	Ematologija			
Nederland	Reumatologie				
Österreich					
Polska	Reumatologia	Hematologia			
Portugal	Reumatologia	Imuno-hemoterapia			
Slovenija					
Slovensko	Reumatológia	Hematológia a transfúziológia			
Suomi/Finland	Reumatologia/Reumatologi	Kliininen hematologia/Klinisk hematologi			
Sverige	Reumatologi	Hematologi			
United Kingdom	Rheumatology	Haematology			
Država	Endokrinologija	Fizioterapija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien		Médecine physique et réadaptation/Fysische geneeskunde en revalidatie			
Česká republika	Endokrinologie	Rehabilitační a fyzikální medicína			
Danmark	Medicinsk endokrinologi eller medicinske hormonsygdomme				
Deutschland	Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie	Physikalische und Rehabilitative Medizin			
Eesti	Endokrinoloogia	Taastusravi ja füsiaatria			

Ελλάς	Ενδοκρινολογία	Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση			
España	Endocrinología y nutrición	Medicina física y rehabilitación			
France	Endocrinologie, maladies métaboliques	Rééducation et réadaptation fonctionnelles			
Ireland	Endocrinology and diabetes mellitus				
Italia	Endocrinologia e malattie del ricambio	Medicina fisica e riabilitazione			
Κύπρος	Ενδοκρινολογία	Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση			
Latvija	Endokrinoloģija	Rehabilitoloģija Fiziskā rehabilitācija			
		Fizikālā medicīna			
Lietuva	Endokrinologija	Fizinė medicina ir reabilitacija			
Luxembourg	Endocrinologie, maladies du métabolisme et de la nutrition	Rééducation et réadaptation fonctionnelles			
Magyarország	Endokrinológia	Fizioterápia			
Malta	Endokrinoloģija u Dijabete				
Nederland		Revalidatiegeneeskunde			
Österreich		Physikalische Medizin			
Polska	Endokrynologia	Rehabilitacja medyczna			
Portugal	Endocrinologia	— Fisiatria			
		— Medicina física e de reabilitação			
Slovenija		Fizikalna in rehabilitacijska medicina			
Slovensko	Endokrinológia	Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia			
Suomi/Finland	Endokrinologia/Endokrinologi	Fysiatria/Fysiatri			
Sverige	Endokrina sjukdomar	Rehabiliteringsmedicin			
United Kingdom	Endocrinology and diabetes mellitus				
Država	Neuropsihijatrija	Dermatovenerologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Neuropsychiatrie (3)	Dermato-vénérologie/Dermato-venerologie			
Česká republika		Dermatovenerologie			
Danmark		Dermato-venerologi eller hud- og kønssygdomme			

Deutschland	Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)	Haut- und Geschlechtskrankheiten			
Eesti		Dermatoveneroloogia			
Ελλάς	Νευρολογία — Ψυχιατρική	Δερματολογία — Αφροδισιολογία			
España		Dermatología médico-quirúrgica y venereología			
France	Neuropsychiatrie (4)	Dermatologie et vénéréologie			
Ireland					
Italia	Neuropsichiatria (5)	Dermatologia e venerologia			
Κύπρος	Νευρολογία — Ψυχιατρική	Δερματολογία — Αφροδισιολογία			
Latvija		Dermatoloģija un veneroloģija			
Lietuva		Dermatovenerologija			
Luxembourg	Neuropsychiatrie (6)	Dermato-vénéréologie			
Magyarország		Bőrgyógyászat			
Malta		Dermato-venerejologija			
Nederland	Zenuw- en zielsziekten (7)	Dermatologie en venerologie			
Österreich	Neurologie und Psychiatrie	Haut- und Geschlechtskrankheiten			
Polska		Dermatologia i wenerologia			
Portugal		Dermatovenerologia			
Slovenija		Dermatovenerologija			
Slovensko	Neuropsichiatria	Dermatovenerológia			
Suomi/Finland		Ihotaudit ja allergologia/Hudsjukdomar och allergologi			
Sverige		Hud- och könssjukdomar			
United Kingdom					
Datumi stavljanja izvan snage u smislu članka 27. stavka 3.:					
Država	Radiologija	Dječja psihijatrija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien		Psychiatrie infanto-juvénile/Kinder- en jeugdpsychiatrie			
Česká republika		Dětská a dorostová psychiatrie			
Danmark		Børne- og ungdomspsykiatri			

Deutschland	Radiologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie			
Eesti					
Ελλάς	Ακτινολογία — Ραδιολογία	Παιδοψυχιατρική			
España	Electrorradiología				
France	Electro-radiologie (8)	Pédo-psychiatrie			
Ireland	Radiology (9)	Child and adolescent psychiatry			
Italia	Radiologia	Neuropsichiatria infantile			
Κύπρος		Παιδοψυχιατρική			
Latvija		Bērnu psihiatrija			
Lietuva		Vaiķu ir paaugļu psihiatrija			
Luxembourg	Électroradiologie (10)	Psychiatrie infantile			
Magyarország	Radiológia	Gyermekek-és ifjúságpszichiátria			
Malta					
Nederland	Radiologie (11)				
Österreich	Radiologie				
Polska		Psychiatria dzieci i młodzieży			
Portugal	Radiologia	Pedopsiquiatria			
Slovenija		Otroška in mladostniška psihiatrija			
Slovensko		Detská psychiatria			
Suomi/Finland		Lastenpsykiatria/Barnpsykiatri			
Sverige		Barn- och ungdomspsykiatri			
United Kingdom		Child and adolescent psychiatry			
Datumi stavljanja izvan snage u smislu članka 27. stavka 3.:					
Država	Gerijatrija	Nefrologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien					
Česká republika	Geriatric	Nefrologie			
Danmark	Geriatric eller alderdommens sygdomme	Nefrologi eller medicinske nyresygdomme			
Deutschland		Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie			

Eesti		Nefrologia			
Ελλάς		Νεφρολογία			
España	Geriatría	Nefrología			
France		Néphrologie			
Ireland	Geriatric medicine	Nephrology			
Italia	Geriatría	Nefrologia			
Κύπρος	Γηριατρική	Νεφρολογία			
Latvija		Nefroloģija			
Lietuva	Geriatrija	Nefrologija			
Luxembourg	Gériatrie	Néphrologie			
Magyarország	Geriatría	Nefrológia			
Malta	Ġerjatrija	Nefroloġija			
Nederland	Klinische geriatrie				
Österreich					
Polska	Geriatría	Nefrologia			
Portugal		Nefrologia			
Slovenija		Nefrologija			
Slovensko	Geriatría	Nefrológia			
Suomi/Finland	Geriatría/Geriatri	Nefrologia/Nefrologi			
Sverige	Geriatrík	Medicinska njursjukdomar (nefrologi)			
United Kingdom	Geriatrics	Renal medicine			
Država	Zarazne bolesti	Medicina u zajednici			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien					
Česká republika	Infekční lékařství	Hygiena a epidemiologie			
Danmark	Infektionsmedicin	Samfundsmedicin			
Deutschland		Öffentliches Gesundheitswesen			
Eesti	Infektsioonhaigused				
Ελλάς		Κοινωνική Ιατρική			
España		Medicina preventiva y salud pública			
France		Santé publique et médecine sociale			

Ireland	Infectious diseases	Public health medicine			
Italia	Malattie infettive	Igiene e medicina preventiva			
Κύπρος	Λοιμώδη Νοσήματα	Υγειονομία/Κοινωνική Ιατρική			
Latvija	Infektologija				
Lietuva	Infektologija				
Luxembourg	Maladies contagieuses	Santé publique			
Magyarország	Infektológia	Megelőző orvostan és népegészségtan			
Malta	Mard Infettiv	Saħħa Pubblika			
Nederland		Maatschappij en gezondheid			
Österreich		Sozialmedizin			
Polska	Choroby zakaźne	Zdrowie publiczne, epidemiologia			
Portugal	Infeciologia	Saúde pública			
Slovenija	Infektologija	Javno zdravlje			
Slovensko	Infektológia	Verejné zdravotníctvo			
Suomi/Finland	Infektiosairaudet/Infektionssjukdomar	Terveystieteiden tutkimus/Hälsöförskott			
Sverige	Infektionssjukdomar	Socialmedicin			
United Kingdom	Infectious diseases	Public health medicine			
Država	Farmakologija	Medicina rada			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien		Médecine du travail/Arbeidsgeneeskunde			
Česká republika	Klinická farmakologie	Pracovní lékařství			
Danmark	Klinisk farmakologi	Arbejdsmedicin			
Deutschland	Pharmakologie und Toxikologie	Arbeitsmedizin			
Eesti					
Ελλάς		Ιατρική της Εργασίας			
España	Farmacología clínica	Medicina del trabajo			
France		Médecine du travail			
Ireland	Clinical pharmacology and therapeutics	Occupational medicine			
Italia	Farmacologia	Medicina del lavoro			
Κύπρος		Ιατρική της Εργασίας			
Latvija		Arodslimības			

Lietuva		Darbo medicina			
Luxembourg		Médecine du travail			
Magyarország	Klinikai farmakológia (üzemorstvan)	Foglalkozás-orvostan			
Malta	Farmakologija Klinika u t-Terapevtika	Medicina Okkupazzjonali			
Nederland		—Arbeid en gezondheid, bedrijfsgeneeskunde			
		—Arbeid en gezondheid, verzekeringsgeneeskunde			
Österreich	Pharmakologie und Toxikologie	Arbeits- und Betriebsmedizin			
Polska	Farmakologia kliniczna	Medycyna pracy			
Portugal		Medicina do trabalho			
Slovenija		Medicina dela, prometa in športa			
Slovensko	Klinická farmakológia	Pracovné lekárstvo			
Suomi/Finland	Kliininen farmakologia ja lääkehoito/Klinisk farmakologi och läkemedelsbehandling	Työterveyshuolto/Företagshälsövård			
Sverige	Klinisk farmakologi	Yrkes- och miljömedicin			
United Kingdom	Clinical pharmacology and therapeutics	Occupational medicine			
Država	Alergologija	Nuklearna medicina			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien		Médecine nucléaire/Nucleaire geneeskunde			
Česká republika	Alergologie a klinická imunologie	Nukleární medicína			
Danmark	Medicinsk allergologi eller medicinske overfølsomhedssygdomme	Klinisk fysiologi og nuklearmedicin			
Deutschland		Nuklearmedizin			
Eesti					
Ελλάς	Αλλεργιολογία	Πυρηνική Ιατρική			
España	Alergología	Medicina nuclear			
France		Médecine nucléaire			
Ireland					
Italia	Allergologia ed immunologia clinica	Medicina nucleare			
Κύπρος	Αλλεργιολογία	Πυρηνική Ιατρική			

Latvija	Alergoloģija			
Lietuva	Alergologija ir klinikinė imunologija			
Luxembourg		Médecine nucléaire		
Magyarország	Allergológia és klinikai immunológia	Nukleáris medicina (izotóp diagnosztika)		
Malta		Medicina Nukleari		
Nederland	Allergologie en inwendige geneeskunde	Nucleaire geneeskunde		
Österreich		Nuklearmedizin		
Polska	Alergologia	Medycyna nuklearna		
Portugal	Imuno-alergologia	Medicina nuclear		
Slovenija		Nuklearna medicina		
Slovensko	Klinická imunológia a alergológia	Nukleárna medicína		
Suomi/Finland		Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede/Klinisk fysiologi och nukleärmedicin		
Sverige	Allergisjukdomar	Nukleärmedicin		
United Kingdom		Nuclear medicine		
Država	Maksilofacijalna kirurgija (osnovno medicinsko osposobljavanje)			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina			
	Naziv			
België/Belgique/Belgien				
Česká republika	Maxilofaciální chirurgie			
Danmark				
Deutschland				
Eesti				
Ελλάς				
España	Cirugía oral y maxilofacial			
France	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie			
Ireland				
Italia	Chirurgia maxillo-facciale			
Κύπρος				
Latvija	Mutes, sejas un žokļu ķirurģija			
Lietuva	Veido ir žandikaulių chirurgija			
Luxembourg	Chirurgie maxillo-faciale			

Magyarország	Szájsebészet			
Malta				
Nederland				
Österreich	Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie			
Polska	Chirurgia szczekowo-twarzowa			
Portugal	Cirurgia maxilo-facial			
Slovenija	Maxilofaciálna kirurgija			
Slovensko	Maxilofaciálna chirurgia			
Suomi/Finland				
Sverige				
United Kingdom				
Država	Biološka hematologija			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine			
	Naziv			
België/Belgique/Belgien				
Česká republika				
Danmark	Klinisk blodtypeserologi (12)			
Deutschland				
Eesti				
Ελλάς				
España				
France	Hématologie			
Ireland				
Italia				
Κύπρος				
Latvija				
Lietuva				
Luxembourg	Hématologie biologique			
Magyarország				
Malta				
Nederland				
Österreich				
Polska				

Portugal	Hematologia clinica			
Slovenija				
Slovensko				
Suomi/Finland				
Sverige				
United Kingdom				
Datumi stavljanja izvan snage u smislu članka 27. stavka 3.:				
Država	Dentalna medicina	Dermatologija		
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 3 godine	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine		
	Naziv	Naziv		
België/Belgique/Belgien				
Česká republika				
Danmark				
Deutschland				
Eesti				
Ελλάς				
España	Estomatología			
France	Stomatologie			
Ireland		Dermatology		
Italia	Odontostomatologia (13)			
Κύπρος				
Latvija				
Lietuva				
Luxembourg	Stomatologie			
Magyarország				
Malta		Dermatologija		
Nederland				
Österreich				
Polska				
Portugal	Estomatologia			
Slovenija				
Slovensko				

Suomi/Finland				
Sverige				
United Kingdom			Dermatology	
Datumi stavljanja izvan snage u smislu članka 27. stavka 3.:				
Država	Venerologija		Tropska medicina	
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine		Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine	
	Naziv		Naziv	
België/Belgique/Belgien				
Česká republika				
Danmark				
Deutschland				
Eesti				
Ελλάς				
España				
France				
Ireland	Genito-urinary medicine		Tropical medicine	
Italia			Medicina tropicale	
Κύπρος				
Latvija				
Lietuva				
Luxembourg				
Magyarország			Trópusi betegségek	
Malta	Medicina Uro-genitali			
Nederland				
Österreich			Spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene	
Polska			Medycyna transportu	
Portugal			Medicina tropical	
Slovenija				
Slovensko			Tropická medicína	
Suomi/Finland				
Sverige				
United Kingdom	Genito-urinary medicine		Tropical medicine	

Država	Gastroenterološka kirurgija	Traumatologija i hitna medicina			
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 5 godina			
	Naziv	Naziv			
België/Belgique/Belgien	Chirurgie abdominale/Heelkunde op het abdomen (14)				
Česká republika		Traumatologie			
		Urgentní medicína			
Danmark	Kirurgisk gastroenterologi eller kirurgiske mave-tarmsygdomme				
Deutschland	Visceralchirurgie				
Eesti					
Ελλάς					
España	Cirurgía del aparato digestivo				
France	Chirurgie viscérale et digestive				
Ireland		Emergency medicine			
Italia	Chirurgia dell'apparato digerente				
Κύπρος					
Latvija					
Lietuva	Abdominaline chirurgija				
Luxembourg	Chirurgie gastro-entérologique				
Magyarország		Traumatológia			
Malta		Medicina tal-Accidenti u l-Emergenza			
Nederland					
Österreich					
Polska		Medycyna ratunkowa			
Portugal					
Slovenija	Abdominalna kirurgija				
Slovensko	Gastroenterologická chirurgia	Úrazová chirurgia			
		Urgentná medicína			

Suomi/Finland	Gastroenterologinen kirurgia/Gastroenterologisk kirurgi			
Sverige				
United Kingdom		Accident an emergency medicine		
Datumi stavljanja izvan snage u smislu članka 27. stavka 3.:				
Država	Klinička neurofiziologija	Oralna i maksilofacijalna kirurgija (osnovno medicinsko i osposobljavanje doktora dentalne medicine (15))		
	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godina	Minimalno razdoblje osposobljavanja: 4 godine		
	Naziv	Naziv		
België/Belgique/Belgien		Stomatologie et chirurgie orale et maxillo-faciale/Stomatologie en mond-, kaak- en aangezichts chirurgie		
Česká republika				
Danmark	Klinisk neurofysiologi			
Deutschland		Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie		
Eesti				
Ελλάς				
España	Neurofisiología clínica			
France				
Ireland	Clinical neurophysiology	Oral and maxillo-facial surgery		
Italia				
Κύπρος		Στοματο-Γναθο-Προσωποχειρουργική		
Latvija				
Lietuva				
Luxembourg		Chirurgie dentaire, orale et maxillo-faciale		
Magyarország		Arc-állcsont-szájsebészet		
Malta	Newrofizjologija Klinika	Kirurgija tal-ghadam tal-wicc		
Nederland				
Österreich				
Polska				
Portugal				
Slovenija				

Slovensko				
Suomi/Finland	Kliininen neurofysiologia/KliniskSuu- ja leukakirurgia/Oral och maxillofacial kirurgi			
Sverige	Klinisk neurofysiologi			
United Kingdom	Clinical neurophysiology	Oral and maxillo-facial surgery		
5.1.4. Dokaz o formalnoj osposobljenosti liječnika opće prakse				
Država	Dokazi o formalnoj osposobljenosti	Profesionalni naziv	Referentni datum	
België/Belgique/Belgien	Ministerieel erkenningsbesluit van huisarts/Arrêté ministériel d'agrément de médecin généraliste	Huisarts/Médecin généraliste	31. prosinca 1994.	
Česká republika	Diplom o specializaci „všeobecné lékařství“	Všeobecný lékař	1. svibnja 2004.	
Danmark	Tilladelse til at anvende betegnelsen alment praktiserende læge/Speciallægel i almen medicin	Almen praktiserende læge/Speciallæge i almen medicin	31. prosinca 1994.	
Deutschland	Zeugnis über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin	Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin	31. prosinca 1994.	
Eesti	Diplom peremeditsiini erialal	Perearst	1. svibnja 2004.	
Ελλάς	Τίτλος ιατρικής ειδικότητας γενικής ιατρικής	Ιατρός με ειδικότητα γενικής ιατρικής	31. prosinca 1994.	
España	Título de especialista en medicina familiar y comunitaria	Especialista en medicina familiar y comunitaria	31. prosinca 1994.	
France	Diplôme d'Etat de docteur en médecine (avec document annexé attestant la formation spécifique en médecine générale)	Médecin qualifié en médecine générale	31. prosinca 1994.	
Ireland	Certificate of specific qualifications in general medical practice	General medical practitioner	31. prosinca 1994.	

Italia	Attestato di formazione specifica in medicina generale	Medico di medicina generale	31. prosinca 1994.			
Κύπρος	Τίτλος Ειδικότητας Γενικής Ιατρικής	Ιατρός Γενικής Ιατρικής	1. svibnja 2004.			
Latvija	Gimenes arsta sertifikats	Gimenes (visparejas prakses) arsts	1. svibnja 2004.			
Lietuva	Šeimos gydytojo rezidentūros pažymejimas	Šeimos medicinos gydytojas	1. svibnja 2004.			
Luxembourg	Diplôme de formation spécifique en médecine générale	Médecin généraliste	31. prosinca 1994.			
Magyarország	Háziorvostan szakorvosa bizonyítvány	Háziorvostan szakorvosa	1. svibnja 2004.			
Malta	Tabib tal-familja	Medicina tal-familja	1. svibnja 2004.			
Nederland	Certificaat van inschrijving in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst	Huisarts	31. prosinca 1994.			
Österreich	Arzt für Allgemeinmedizin	Arzt für Allgemeinmedizin	31. prosinca 1994.			
Polska	Diplôme: Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej	Specjalista w dziedzinie medycyny rodzinnej	1. svibnja 2004.			
Portugal	Diploma do internato complementar de clínica geral	Assistente de clínica geral	31. prosinca 1994.			
Slovenija	Potrdilo o opravljeni specializaciji iz družinske medicine	Specialist družinske medicine/Specialistka družinske medicine	1. svibnja 2004.			
Slovensko	Diplom o špecializácii v odbore „všeobecné lekárstvo”	Všeobecný lekár	1. svibnja 2004.			

Suomi/Finland	Todistus lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta/Bevis om tilläggsutbildning av läkare i primärvård	Yleislääkäri/Allmänläkare	31. prosinca 1994.			
Sverige	Bevis om kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) utfärdat av Socialstyrelsen	Allmänpraktiserande läkare (Europaläkare)	31. prosinca 1994.			
United Kingdom	Certificate of prescribed/equivalent experience	General medical practitioner	31. prosinca 1994.			
V.2. MEDICINSKA SESTRA ZA OPĆU ZDRAVSTVENU NJEGU						
5.2.1. Program osposobljavanja medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu						
Osposobljavanje na temelju kojeg se stječe formalna osposobljenost medicinskih sestara za opću zdravstvenu njegu sastoji se od sljedećih dijelova.						
A. Teoretska obuka						
a. Zdravstvena njega:						
— Priroda i etika struke						
— Opća načela zdravlja i njege						
— Načela njege u odnosu na:						
— opću i specijalističku medicinu						
— opću i specijalističku kirurgiju						
— njegu djece i pedijatriju						
— njegu roditelja						
— mentalno zdravlje i psihijatriju						
— njegu starijih i gerijatriju						
b. Osnovni predmeti:						
— Anatomija i fiziologija						
— Patologija						

<ul style="list-style-type: none"> — Bakteriologija, virologija i parazitologija — Biofizika, biokemija i radiologija — Dijetetika — Higijena — preventivna medicina — zdravstveno obrazovanje — Farmakologija <p>c. Društveni predmeti:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Sociologija — Psihologija — Načela administracije — Načela poučavanja — Socijalno i zdravstveno zakonodavstvo — Pravni aspekti njege <p>B. Klinička obuka</p> <ul style="list-style-type: none"> — Zdravstvena njega u odnosu na: <ul style="list-style-type: none"> — opću i specijalističku medicinu — opću i specijalističku kirurgiju — njegu djece i pedijatriju — njegu roditelja — mentalno zdravlje i psihijatriju — njegu starijih i gerijatriju — njegu u kući <p>Jedan ili više od ovih predmeta mogu se poučavati kao dio drugih disciplina ili u vezi s njima.</p> <p>Teoretska obuka se mora vrednovati i koordinirati s kliničkom obukom, tako da se znanja i vještine navedene u ovom Prilogu mogu usvojiti na odgovarajući način.</p> <p>5.2.2. Dokazi o formalnoj osposobljenosti za medicinske sestre za opću zdravstvenu njegu</p>			
--	--	--	--

Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Profesionalni naziv	Referenčni datum			
België/Belgique/Belgien	—Diploma gegradueerde verpleger/verpleegster/ Diplôme d’infirmier(ère) gradué(e)/Diplom eines (einer) graduierten Krankenpflegers (-pflegerin) —Diploma in de ziekenhuisverpleegkunde/Brevet d’infirmier(ère) hospitalier(ère)/Brevet eines (einer) Krankenpflegers (-flegerin) —Brevet van verpleegassistent(e)/Brevet d’hospitalier(ère)/Brevet einer Pflegeassistentin	—De erkende opleidingsinstituten/Les établissements d’enseignement reconnus/Die anerkannten Ausbildungsanstalten —De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d’enseignement de la Communauté française/Der zuständige Prüfungsausschüß der Deutschsprachigen Gemeinschaft	—Hospitalier(ère)/Verpleegassistent(e) —Infirmier(ère) hospitalier(ère)/Ziekenhuisverpleger(-verpleegster)	29. lipnja 1979.			
Česká republika	1. Diplom o ukončení studia ve studijním programu ošetrovatelství ve studijním oboru všeobecná sestra (bakalář, Bc.), praceno sljedećom potvrdom: Vysvědčení o státní závěrečné zkoušce	1. Vysoká škola zřízená nebo uznaná státem	1. Všeobecná sestra	1. svibnja 2004.			

	2. Diplom o ukončení studia ve studijním oboru diplomovaná všeobecná sestra (diplomovaný specialista, DiS.), praceno sljedečom potvrdom: Vysvědčení o absolutoriu	2. Vyšší odborná škola zřízená nebo uznaná státem	2. Všeobecný ošetrovatel			
Danmark	Eksamensbevis efter gennemfirt sygeplejerskeuddannelse	Sygeplejerskole godkendt af Undervisningsministeriet	Sygeplejerske	29. lipnja 1979.		
Deutschland	Zeugnis über die staatliche Prüfung in der Krankenpflege	Staatlicher Prüfungsausschuss	Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger	29. lipnja 1979.		
Eesti	Diplom õe erialal	1. Tallinna Meditsiinikool 2. Tartu Meditsiinikool 3. Kohtla-Järve Meditsiinikool	õde	1. svibnja 2004.		
Ελλάς	1. Πτυχίο Νοσηλευτικής Παν/μίου Αθηνών 2. Πτυχίο Νοσηλευτικής Τεχνολο-γικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.) 3. Πτυχίο Αξιωματικών Νοσηλευ-τικής 4. Πτυχίο Αδελφών Νοσοκόμων πρώην Ανωτέρων Σχολών Υπουρ- γείου Υγείας και Πρόνοιας 5. Πτυχίο Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών πρώην	1. Πανεπιστήμιο Αθηνών 2. Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων 3. Υπουργείο Εθνικής ,Αμυνας 4. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 5. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας	Διπλωματούχος ή πτυχιούχος νοσο- κόμος, νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια	1. siječnja 1981.		

	Ανωτέρων Σχολών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 6.Πτυχίο Τμήματος Νοσηλευτικής	6.ΚΑΤΕΕ Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων			
España	Título de Diplomado universitario en Enfermería	—Ministerio de Educación y Cultura —El rector de una universidad	Enfermero/a diplomado/a	1. siječnja 1986.	
France	—Diplôme d'Etat d'infirmier(ère) —Diplôme d'Etat d'infirmier(ère) délivré en vertu du décret no 99-1147 du 29 décembre 1999.	Le ministère de la santé	Infirmier(ère)	29. lipnja 1979.	
Ireland	Certificate of Registered General Nurse	An Bord Altranais (The Nursing Board)	Registered General Nurse	20. lipnja 1979.	
Italia	Diploma di infermiere professionale	Scuole riconosciute dallo Stato	Infermiere professionale	29. lipnja 1979.	
Κύπρος	Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	Νοσηλευτική Σχολή	Εγγεγραμμένος Νοσηλευτής	1. svibnja 2004.	
Latvija	1.Diploms par māsas kvalifikācijas iegūšanu 2. Māsas diploms	1. Māsu skolas 2.Universitātes tipa augstskola pamatojoties uz Valsts eksāmenu komisijas lēmumu	Māsa	1. svibnja 2004.	
Lietuva	1.Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktą bendrosios	1. Universitetas	Bendrosios praktikos slaugytojas	1. svibnja 2004.	

	<p>praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją</p> <p>2. Aukštojo mokslo diplomas (neuniversitetines studijos), nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją</p>	2. Kolegija			
Luxembourg	<p>—Diplôme d'Etat d'infirmier</p> <p>—Diplôme d'Etat d'infirmier hospitalier gradué</p>	<p>Ministère de l'éducation nationale, de la formation professionnelle et des sports</p>	Infirmier	29. lipnja 1979.	
Magyarország	<p>1. Ápoló bizonyítvány</p> <p>2. Diplomás ápoló oklevél</p> <p>3. Egyetemi okleveles ápoló oklevél</p>	<p>1. Iskola</p> <p>2. Egyetem/főiskola</p> <p>3. Egyetem</p>	Ápoló	1. svibnja 2004.	
Malta	Lawrja jew diploma fl-istudji talinfermerija	Universita' ta' Malta	Infermier Registrat tal-Ewwel Livell	1. svibnja 2004.	
Nederland	<p>1. Diploma's verpleger A, verpleegster A, verpleegkundige A</p> <p>2. Diploma verpleegkundige MBOV (Middelbare Beroepsopleiding Verpleegkundige)</p> <p>3. Diploma verpleegkundige HBOV (Hogere Beroepsopleiding Verpleegkundige)</p>	<p>1. Door een van overheidswege benoemde examencommissie</p> <p>2. Door een van overheidswege benoemde examencommissie</p> <p>3. Door een van overheidswege benoemde examencommissie</p>	Verpleegkundige	29. lipnja 1979.	

Österreich	4.Diploma berufsonderwijs verpleegkundige — Kwalificatieniveau 4	4.Door een van overheidswege aangewezen opleidingsinstelling			
	5.Diploma hogere beroepsopleiding verpleegkundige — Kwalificatieniveau 5	5.Door een van overheidswege aangewezen opleidingsinstelling			
Polska	1.Diplom als „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger”	1.Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege	—Diplomierte Krankenschwester —Diplomierter Krankenpfleger	1. siječnja 1994.	
	2.Diplom als „Diplomierte Krankenschwester, Diplomierter Krankenpfleger”	2.Allgemeine Krankenpflegeschule			
	Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo z tytułem „magister pielęgniarstwa”	Instytucja prowadząca kształcenie na poziomie wyższym uznana przez właściwe władze (Instytucja za visoko obrazovanje koju priznaju nadležna tijela)	Pielegniarka	1. svibnja 2004.	
Portugal	1.Diploma do curso de enfermagem geral	1. Escolas de Enfermagem	Enfermeiro	1. siječnja 1986.	
	2.Diploma/carta de curso de bacharelato em enfermagem	2.Escolas Superiores de Enfermagem			

Slovenija	3. Carta de curso de licenciatura em enfermagem Diploma, s katero se podeljuje strokovni naslov „diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik”	3. Escolas Superiores de Enfermagem; Escolas Superiores Saúde 1. Univerza 2. Visoka strokovna šola	Diplomirana medicinska sestra/Diplomirani zdravstvenik	1. svibnja 2004.			
Slovensko	1. Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „magister z ošetrovatel'stva” („Mgr.”) 2. Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „bakalár z ošetrovatel'stva” („Bc.”) 3. Absolventský diplom v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra	1. Vysoká škola 2. Vysoká škola 3. Stredná zdravotnícka škola	Sestra	1. svibnja 2004.			
Suomi/Finland	1 Sairaanhoidajan tutkinto/Sjukskötarexamen 2 Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkimus into sairaanhoidajan (AMK)/Yrkeshögskoleexamen inom hälsovård och det sociala området, sjukskötare (YH)	1 Terveystieteiden oppilaitokset/Hälsöförsläroanstalter 2 Ammattikorkeakoulut/Yrkes högskolor	Sairaanhoidaja/Sjukskötare	1. siječnja 1994.			
Sverige	Sjukskötarskeexamen	Universitet eller högskola	Sjukskötarska	1. siječnja 1994.			

United Kingdom	Statement of Registration as a Registered General Nurse in part 1 or part 12 of the register kept by the United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting	Various	— State Registered Nurse — Registered General Nurse	29. lipnja 1979.			
V.3. DOKTOR DENTALNE MEDICINE							
5.3.1. Program studija za doktore dentalne medicine							
Program studija na temelju kojeg se dobiva dokaz o formalnoj osposobljenosti za doktora dentalne medicine uključuje najmanje sljedeće predmete. Jedan ili više od ovih predmeta mogu se poučavati kao dio drugih disciplina ili u vezi s njima.							
A. Osnovni opredmeti							
— Kemija							
— Fizika							
— Biologija							
B. Medicinsko-biološki predmeti i opći medicinski predmeti							
— Anatomija							
— Embriologija							
— Histologija, uključujući citologiju							
— Fiziologija							
— Biokemija (ili fiziološka kemija)							
— Patološka anatomija							
— Opća patologija							
— Farmakologija							
— Mikrobiologija							
— Higijena							
— Preventivna medicina i epidemiologija							

- Radiologija
- Fizioterapija
- Opća kirurgija
- Opća medicina, uključujući pedijatriju
- Otorinolaringologija
- Dermatovenerologija
- Opća psihologija – psihopatologija – neuropatologija
- Anesteziologija

C. Predmeti izravno povezani sa dentalnom medicinom

- Dentalna protetika
- Dentalni materijali i oprema
- Konzervativna dentalna medicina
- Preventivna dentalna medicina
- Anesteziologija i sedacija
- Specijalna kirurgija
- Specijalna patologija
- Klinička praksa
- Pedodontologija
- Ortodontologija
- Parodontologija
- Dentalna radiologija
- Dentalna okluzija i funkcija čeljusti
- Strukovno organiziranje, etika i zakonodavstvo
- Socijalni aspekti prakse dentalne medicine

5.3.2. Dokaz o osnovnoj formalnoj osposobljenosti za doktore dentalne medicine

Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Svjedodžba priložena uz dokaz o kvalifikacijama	Profesionalni naziv	Referentni i Datum
België/Belgique/Belgien	Diploma van tandarts/Diplôme de licencié en science dentaire	—De universiteiten/Les universités		Licentiaat in de tandheelkunde/Licencié en science dentaire	28. siječnja 1980.

		—De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française				
Česká republika	Diplom o ukončení studia ve studijním programu zubní lékařství (doktor zubního lékařství, MDDr.)	Lékařská fakulta univerzity v České republice	Vysvědčení o státní rigorózní zkoušce	Zubní lékař	1. svibnja 2004.	
Danmark	Bevis for tandlægeeksamen og odontologisk kandidatexamen)	Tandlægehjškolerne, Sundhedsvidenskabeligt universitetsfakultet	Autorisation som tandlæge, udstedt af Sundhedsstyrelsen	Tandlæge	28. siječnja 1980.	
Deutschland	Zeugnis über die Zahnärztliche Prüfung	Zuständige Behörden		Zahnarzt	28. siječnja 1980.	
Eesti	Diplom hambaarstiteaduse õppekava läbimise kohta	Tartu Ülikool		Hambaarst	1. svibnja 2004.	
Ελλάς	Πτυχίο Οδοντιατρικής	Πανεπιστήμιο		Οδοντίατρος ή χειρουργός οδοντίατρος	1. siječnja 1981.	

España	Título de Licenciado en Odontología	El rector de una universidad		Licenciado en odontología	1. siječnja 1986.			
France	Diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire	Universités		Chirurgien-dentiste	28. siječnja 1980.			
Ireland	—Bachelor in Dental Science (B.Dent.Sc.) —Bachelor of Dental Surgery (BDS) —Licentiate in Dental Surgery (LDS)	— Universities —Royal College of Surgeons in Ireland		— Dentist —Dental practitioner — Dental surgeon	28. siječnja 1980.			
Italia	Diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria	Università	Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra	Odontoiatra	28. siječnja 1980.			
Κύπρος	Πιστοποιητικό Εγγραφής Οδοντίατρου	Οδοντιατρικό Συμβούλιο		Οδοντίατρος	1. svibnja 2004.			
Latvija	Zobārsta diploms	Universitātes tipa augstskola	Rezidenta diploms par zobārsta pēcdiploma izglītības programmas pabeigšanu, ko izsniedz universitātes tipa augstskola un „Sertifikāts” —	Zobarsts	1. svibnja 2004.			

			kompetentas iestādes izsniegts dokuments, kas apliecina, ka persona ir nokārtojusi sertifikācijas eksāmenu zobārstniecībā			
Lietuva	Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktā gydytojo odontologo kvalifikāciju	Universitetas	Internatūros pažymejimas, nurodantis suteiktā gydytojo odontologo profesionālo kvalifikāciju	Gydytojas odontologas	1. svibnja 2004.	
Luxembourg	Diplôme d'Etat de docteur en médecine dentaire	Jury d'examen d'Etat		Médecin-dentiste	28. siječnja 1980.	
Magyarország	Fogorvos oklevél (doctor medicinae dentariae, röv.: dr. med. dent.)	Egyetem		Fogorvos	1. svibnja 2004.	
Malta	Lawrja fil- Kirurgija Dentali	Universita' ta Malta		Kirurgu Dentali	1. svibnja 2004.	
Nederland	Universitair getuigschrift van een met goed gevolg afgelegd tandartsexamen	Faculteit Tandheelkunde		Tandarts	28. siječnja 1980.	

Österreich	Bescheid über die Verleihung des akademischen Grades „Doktor der Zahnheilkunde“	Medizinische Fakultät der Universität		Zahnarzt	1. siječnja 1994.			
Polska	Dyplom ukończenia studiów wyższych z tytułem „lekarz dentysta”	1.Akademia Medyczna, 2.Uniwersytet Medyczny, 3.Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	Lekarsko — Dentystyczny Egzamin Państwowy	Lekarz dentysta	1. svibnja 2004.			
Portugal	Carta de curso de licenciatura em medicina dentária	— Faculdades —Institutos Superiores		Médico dentista	1. siječnja 1986.			
Slovenija	Diploma, s katero se podeljuje strokovni naslov doktor dentalne medicine/doktorica dentalne medicine’	— Univerza	Potrdilo o opravljenem strokovnem izpitu za poklic zobozdravnik/zobozdravnica	Doktor dentalne medicine/Doktorica dentalne medicine	1. svibnja 2004.			
Slovensko	Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „doktor zubného lekárstva” („MDDr.”)	— Vysoká škola		Zubný lekár	1. svibnja 2004.			

Suomi/Finland	Hammaslääketieteellisen lisensiaatin tutkinto/Odontologien licentiatexamen	—Helsingin yliopisto/Helsingfors universitet — Oulun yliopisto — Turun yliopisto	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päätös käytännön palvelun hyväksymisestä/Beslut av Rättskyddscentralen För hälsovården om godkännande av praktisk tjänstgöring	Hammaslääkäri/Tandläkare	1. siječnja 1994.			
Sverige	Tandläkareexamen	—Universitetet i Umeå —Universitetet i Göteborg —Karolinska Institutet — Malmö Högskola	Endast för examensbevis som erhållits före den 1 juli 1995, ett utbildningsbevis som utfärdats av Socialstyrelsen	Tandläkare	1. siječnja 1994.			
United Kingdom	—Bachelor of Dental Surgery (BDS or B.Ch.D.) —Licentiate in Dental Surgery	— Universities — Royal Colleges		— Dentist —Dental practitioner — Dental surgeon	28. siječnja 1980.			
5.3.3. Dokaz o formalnoj osposobljenosti specijalista dentalne medicine								
Ortodoncija								
Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti		Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Referentni datum				
België/Belgique/Belgien	Titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en orthodontie/Bijzondere beroepstitel van tandarts specialist in de orthodontie		Ministre de la Santé publique/Minister bevoegd voor Volksgezondheid	27. siječnja 2005.				

Danmark	Bevis for tilladelse til at betegne sig som specialtandlæge i ortodonti	Sundhedsstyrelsen	28. siječnja 1980.		
Deutschland	Fachzahnärztliche Anerkennung für Kieferorthopädie;	Landeszahnärztekammer	28. siječnja 1980.		
Eesti	Residentuuri lõputunnistus ortodontiaerialal	Tartu Üliko	1. svibnja 2004.		
Ελλάς	Τίτλος Οδοντιατρικής ειδικότητας της Ορθοδοντικής	— Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση — Νομαρχία	1. siječnja 1981.		
France	Titre de spécialiste en orthodontie	Conseil National de l'Ordre des chirurgiens dentistes	28. siječnja 1980.		
Ireland	Certificate of specialist dentist in orthodontics	Competent authority recognised for this purpose by the competent minister	28. siječnja 1980.		
Italia	Diploma di specialista in Ortognatodonzia	Università	21. svibnja 2005.		
Κύπρος	Πιστοποιητικό Αναγνώρισης του Ειδικού Οδοντίατρου στην Ορθοδοντική	Οδοντιατρικό Συμβούλιο	1. svibnja 2004.		
Latvija	„Sertifikāts” — kompetentas iestādes izsniegts dokuments, kas apliecina, ka persona ir nokārtojusi sertifikācijas eksāmenu ortodontijā	Latvijas Ārstu biedrība	1. svibnja 2004.		
Lietuva	Rezidentūros pažymėjimas, nurodantis suteiktą gydytojo ortodonto profesinę kvalifikaciją	Universitetas	1. svibnja 2004.		
Magyarország	Fogszabályozás szakorvosa bizonyítvány	Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium illetékes testülete	1. svibnja 2004.		
Malta	Ċertifikat ta' speċjalista dentali fl-Ortodonzja	Kumitat ta' Approvazzjoni dwar Speċjalisti	1. svibnja 2004.		
Nederland	Bewijs van inschrijving als orthodontist in het Specialistenregister	Specialisten Registratie Commissie (SRC) van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde	28. siječnja 1980.		

Polska	Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie ortodoncji	Centrum Egzaminów Medycznych	1. svibnja 2004.			
Slovenija	Potrđilo o opravljenem specialističnem izpitu iz čeljustne in zobne ortopedije	1. Ministrstvo za zdravje 2. Zdravniška zbornica Slovenije	1. svibnja 2004.			
Suomi/Finland	Erikoishammaslääkärin tutkinto, hampaiston oikomishoito/Specialtandläkarexamen, tandreglering	—Helsingin yliopisto/Helsingfors universitet — Oulun yliopisto — Turun yliopisto	1. siječnja 1994.			
Sverige	Bevis om specialistkompetens i tandreglering	Socialstyrelsen	1. siječnja 1994.			
United Kingdom	Certificate of Completion of specialist training in orthodontics	Competent authority recognised for this purpose	28. siječnja 1980.			
Oralna kirurgija						
Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Referentni datum			
Danmark	Bevis for tilladelse til at betegne sig som specialtandlæge i hospitalsodontologi	Sundhedsstyrelsen	28. siječnja 1980.			
Deutschland	Fachzahnärztliche Anerkennung für Oralchirurgie/Mundchirurgie	Landes Zahnärztekammer	28. siječnja 1980.			
Ελλάς	Τίτλος Οδοντιατρικής ειδικότητας της Γναθοχειρουργικής (do 31. prosinca 2002.)	— Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση — Νομαρχία	1. siječnja 2003.			
Ireland	Certificate of specialist dentist in oral surgery	Competent authority recognised for this purpose by the competent minister	28. siječnja 1980.			
Italia	Diploma di specialista in Chirurgia Orale	Università	21. svibnja 2005.			
Κύπρος	Πιστοποιητικό Αναγνώρισης του Ειδικού Οδοντίατρου στην Στοματική Χειρουργική	Οδοντιατρικό Συμβούλιο	1. svibnja 2004.			
Lietuva	Rezidentūros pažymėjimas, nurodantis suteiktą burnos chirurgo profesinę kvalifikaciją	Universitetas	1. svibnja 2004.			
Magyarország	Dento-alveoláris sebészet szakorvosa bizonyítvány	Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium illetékes testülete	1. svibnja 2004.			
Malta	Ċertifikat ta' speċjalista dentali fil-tal-ħalq	Kumitat ta' Approvazzjoni dwar Speċjalisti	1. svibnja 2004.			

Nederland	Bewijs van inschrijving als kaakchirurg in het Specialistenregister	Specialisten Registratie Commissie (SRC) van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde	28. siječnja 1980.			
Polska	Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie chirurgii stomatologicznej	Centrum Egzaminów Medycznych	1. svibnja 2004.			
Slovenija	Potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu iz oralne kirurgije	1. Ministrstvo za zdravje 2. Zdravniška zbornica Slovenije	1. svibnja 2004.			
Suomi/Finland	Erikoishammaslääkärin tutkinto, suuja leuka – kirurgia/Specialtandläkarexamen, oral och maxillofacial kirurgi	—Helsingin yliopisto/Helsingfors universitet — Oulun yliopisto — Turun yliopisto	1. siječnja 1994.			
Sverige	Bevis om specialist-kompetens i tandsystemets kirurgiska sjukdomar	Socialstyrelsen	1. siječnja 1994.			
United Kingdom	Certificate of completion of specialist training in oral surgery	Competent authority recognised for this purpose	28. siječnja 1980.			
V.4. VETERINAR						
5.4.1. Program studija za veterinare						
Program studija na temelju kojeg se dobiva dokaz o formalnoj osposobljenosti veterinaru uključuje najmanje dolje navedene predmete.						
Jedan ili više od ovih predmeta mogu se poučavati kao dio drugih disciplina ili u vezi s njima.						
A. Osnovni predmeti						
— Fizika						
— Kemija						
— Biologija životinja						
— Biologija biljaka						
— Biomatematika						
B. Specifični predmeti						

a. Osnovne znanosti:

- Anatomija (uključujući histologiju i embriologiju)
- Fiziologija
- Biokemija
- Genetika
- Farmakologija
- Farmacija
- Toksikologija
- Mikrobiologija
- Imunologija
- Epidemiologija
- Profesionalna etika

b. Kliničke znanosti:

- Opstetricija
- Patologija (uključujući patološku anatomiju)
- Parazitologija
- Klinička medicina i kirurgija (uključujući anesteziologiju)
- Klinička predavanja o različitim domaćim životinjama, peradi i drugim životinjskim vrstama
- Preventivna medicina
- Radiologija
- Reprodukcija i poremećaji reprodukcije
- Veterinarsko javno zdravstvo
- Veterinarsko zakonodavstvo i forenzična medicina
- Terapeutika
- Propedeutika

c. Proizvodnja životinja

- Proizvodnja životinja
- Prehrana životinja
- Agronomija
- Ruralna ekonomija
- Uzgoj životinja
- Veterinarska higijena

<p>— Etologija i zaštita životinja</p> <p>d. Higijena hrane</p> <p>— Inspekcijski nadzor i kontrola životinjske hrane ili hrane životinjskog podrijetla</p> <p>— Higijena i tehnologija hrane</p> <p>— Praksa (uključujući praksu na mjestima gdje se obavljaju klanje i prerada prehrambenih proizvoda)</p> <p>Praktično osposobljavanje se može odvijati u obliku prakse, uz uvjet da se takva praksa obavlja u punom radnom vremenu i pod izravnim nadzorom nadležnog tijela, te da ne traje duže od šest mjeseci u sklopu cjelokupnog razdoblja studija koji traje 5 godina.</p> <p>Raspodjela teoretskog i praktičnog osposobljavanja različitih skupina predmeta mora se uravnotežiti i koordinirati na takav način da se znanje i iskustvo stječu na način koji omogućava veterinarima da obavljaju sve svoje dužnosti.</p> <p>5.4.2. Dokaz o formalnoj osposobljenosti veterinara</p>				
Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Svjedodžba priložena uz dokaz o kvalifikacijama	Referentni datum
België/BelgiqueBelgien	Diploma van dierenarts/Diplôme de docteur en médecine vétérinaire	—De universiteiten/Les universités —De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française		21. prosinca 1980.
Česká republika	—Diplom o ukončení studia ve studijním programu veterinární lékařství (doktor veterinární medicíny, MVDr.)	Veterinární fakulta univerzity v České republice		1. svibnja 2004.

	—Diplom o ukončení studia ve studijním programu veterinární hygiena a ekologie (doktor veterinární medicíny, MVDr.)				
Danmark	Bevis for bestået kandidateksamen i veterinærvidenskab	Kongelige Veterinær- og Landbohøjskole		21. prosinca 1980.	
Deutschland	Zeugnis über das Ergebnis des Dritten Abschnitts der Tierärztlichen Prüfung und das Gesamtergebnis der Tierärztlichen Prüfung	Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses für die Tierärztliche Prüfung einer Universität oder Hochschule		21. prosinca 1980.	
Eesti	Diplom: täitnud veterinaarmeditsiini õppekava	Eesti Põllumajandusülikool		1. svibnja 2004.	
Ελλάς	Πτυχίο Κτηνιατρικής	Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και Θεσσαλίας		1. siječnja 1981.	
España	Título de Licenciado en Veterinaria	—Ministerio de Educación y Cultura —El rector de una universidad		1. siječnja 1986.	
France	Diplôme d'Etat de docteur vétérinaire			21. prosinca 1980.	
Ireland	—Diploma of Bachelor in/of Veterinary Medicine (MVB) —Diploma of Membership of the Royal College of Veterinary Surgeons (MRCVS)			21. prosinca 1980.	
Italia	Diploma di laurea in medicina veterinaria	Università	Diploma di abilitazione all'esercizio della	1. siječnja 1985.	

			medicina veterinaria			
Κύπρος	Πιστοποιητικό Εγγραφής Κτηνιάτρου	Κτηνιατρικό Συμβούλιο		1. svibnja 2004.		
Latvija	Veterinārārsta diploms	Latvijas Lauksaimniecības Universitāte		1. svibnja 2004.		
Lietuva	Aukštojo mokslo diplomas (veterinarijos gydytojo (DVM))	Lietuvos Veterinarijos Akademija		1. svibnja 2004.		
Luxembourg	Diplôme d'Etat de docteur en médecine vétérinaire	Jury d'examen d'Etat		21. prosinca 1980.		
Magyarország	Állatorvos doktor oklevél — dr. med. vet.	Szent István Egyetem Állatorvostudományi Kar		1. svibnja 2004.		
Malta	Liċenzja ta' Kirurgu Veterinarju	Kunsill tal-Kirurgi Veterinarji		1. svibnja 2004.		
Nederland	Getuigschrift van met goed gevolg afgelegd diergeneeskundig/veeartsenijkundig examen			21. prosinca 1980.		
Österreich	— Diplom-Tierarzt — Magister medicinae veterinariae	Universität	—Doktor der Veterinärmedizin —Doctor medicinae veterinariae — Fachtierarzt	1. siječnja 1994.		
Polska	Dyplom lekarza weterynarii	1.Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie 2.Akademia Rolnicza we Wrocławiu 3.Akademia Rolnicza w Lublinie		1. svibnja 2004.		

		4.Uniwersytet Warمیńsko- Mazurski w Olsztynie			
Portugal	Carta de curso de licenciatura em medicina veterinária	Universidade		1. siječnja 1986.	
Slovenija	Diploma, s katero se podeljuje strokovni naslov „doktor veterinarske medicine/doktorica veterinarske medicine”	Univerza	Spričevalo o opravljenem državnem izpitu s področja veterinarstva	1. svibnja 2004.	
Slovensko	Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „doktor veterinárskej medicíny” („MVDr.”)	Univerzita veterinárskeho lekárstva		1. svibnja 2004.	
Suomi/Finland	Eläinlääketieteen lisensiaatin tutkinto/Veterinärmedicin licentiatexamen	Helsingin yliopisto/Helsingfors universitet		1. siječnja 1994.	
Sverige	Veterinärexamen	Sveriges Lantbruksuniversitet		1. siječnja 1994.	
United Kingdom	1.Bachelor of Veterinary Science (BVSc) 2.Bachelor of Veterinary Science (BVSc) 3.Bachelor of Veterinary Medicine (BvetMB) 4.Bachelor of Veterinary Medicine and Surgery (BVM&S) 5.Bachelor of Veterinary Medicine and Surgery (BVM&S) 6.Bachelor of Veterinary Medicine (BvetMed)	1.University of Bristol 2.University of Liverpool 3.University of Cambridge 4.University of Edinburgh 5.University of Glasgow 6.University of London		21. prosina 1980.	
V.5. PRIMALJA					

<p>5.5.1. Program osposobljavanja za primalje (tipovi izobrazbe I. i II.)</p> <p>Program osposobljavanja za stjecanje dokaza o formalnoj osposobljenosti za primalje sastoji se od sljedeća dva dijela:</p> <p>A. Teoretska i tehnička nastava</p> <p>a. Opći predmeti</p> <ul style="list-style-type: none"> — Osnovna anatomija i fiziologija — Osnovna patologija — Osnovna bakteriologija, virologija i parazitologija — Osnovna biofizika, biokemija i radiologija — Pedijatrija s posebnim naglaskom na novorođenčadi — Higijena, zdravstveni odgoj, preventivna medicina, rano dijagnosticiranje bolesti — Prehrana i dijetetika, posebno u odnosu na žene, novorođenčad i male bebe — Osnovna sociologija i socio-medicinska problematika — Osnovna farmakologija — Psihologija — Načela i metode poučavanja — Zdravstveno i socijalno zakonodavstvo i organizacija zdravstva — Profesionalna etika i profesionalno zakonodavstvo — Spolni odgoj i planiranje obitelji — Pravna zaštita majke i djeteta <p>b. Predmeti specifični za djelatnosti primalje</p> <ul style="list-style-type: none"> — Anatomija i fiziologija — Embriologija i razvoj fetusa — Trudnoća, porod i puerperij — Ginekološka i opstetrijska patologija — Priprema za porod i roditeljstvo, uključujući psihološke aspekte — Pripreme za porod (uključujući poznavanje i upotrebu tehničke opreme u opstetriciji) — Analgezija, anestezija i oživljavanje — Fiziologija i patologija novorođenčeta — Njega i nadzor novorođenčeta 			
---	--	--	--

<p>— Psihološki i socijalni čimbenici</p> <p>B.Praktično i kliničko osposobljavanje</p> <p>Ovo se osposobljavanje mora provoditi pod odgovarajućim nadzorom:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Savjetovanje trudnica, uključujući najmanje 100 pretporođajnih pregleda. — Nadzor i njega najmanje 40 trudnica. —Student mora izvesti najmanje 40 poroda, a ako se ovaj broj ne može postići zbog malog broja porodilja, može se smanjiti na minimalno 30 poroda, uz uvjet da student asistira kod dodatnih 20 poroda. —Aktivno sudjelovanje kod poroda na zadak. Ako to nije moguće zbog pomanjkanja poroda na zadak, praksa se može provesti u simuliranoj situaciji. —Izvođenje epiziotomije i uvod u šivanje rana. Ovaj uvod uključuje teoretsku nastavu i kliničku praksu. Praksa šivanja rana uključuje šivanje rane nakon epiziotomije i jednostavne perinealne laceracije. Kada je to nužno potrebno, može se obaviti u simuliranoj situaciji. —Nadzor i njega 40 žena kod kojih postoji rizik povezan s trudnoćom, ili s trudovima ili s postporođajnim razdobljem. —Nadzor i njega (uključujući pregled) najmanje 100 žena nakon poroda i zdravih novorođenčadi. —Opservacija i njega novorođene djece koja zahtijevaju posebnu njegu, uključujući nedonoščad, prenošenu novorođenčad, novorođenčad koja imaju premalu tjelesnu težinu ili koja su bolesna. — Zdravstvena njega kod patoloških stanja na području ginekologije i porodništva. —Uvod u zdravstvenu njegu na području medicine i kirurgije. Ovaj uvod uključuje teoretsku nastavu i kliničku praksu. <p>Teoretsko i tehničko osposobljavanje (dio A programa osposobljavanja) se uravnotežuju i koordiniraju s kliničkim osposobljavanjem (dio B istog programa) na takav način da se znanja i iskustva navedeni u ovom prilogu mogu usvojiti na odgovarajući način.</p> <p>Klinička nastava ima oblik prakse na radu u bolničkim odjelima ili drugim zdravstvenim ustanovama, koje su odobrila nadležna tijela. Kao dio ove prakse, studentice-primalje moraju sudjelovati u aktivnostima odjela u mjeri u kojoj te aktivnosti pridonose njihovom osposobljavanju. Poučava ih se o odgovornostima povezanim s djelatnošću primalja.</p> <p>5.5.2. Dokazi o formalnoj osposobljenosti primalja</p>			
---	--	--	--

Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikaciji	Profesionalni naziv	Referentni datum
België/Belgique/Belgien	Diploma van vroedvrouw/Diplôme d'accoucheuse	—De erkende opleidingsinstituten/Les établissements d'enseignement —De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française	Vroedvrouw/Accoucheuse	23. siječnja 1983.
Česká republika	1. Diplom o ukončení studia ve studijním programu ošetrovatelství ve studijním oboru porodní asistentka (bakalář, Bc.) —Vysvědčení o státní závěrečné zkoušce 2. Diplom o ukončení studia ve studijním oboru diplomovaná porodní asistentka (diplomovaný specialista, DiS.) —Vysvědčení o absolutoriu	1. Vysoká škola zřízená nebo uznaná státem 2. Vyšší odborná škola zřízená nebo uznaná státem	Porodní asistentka/porodní asistent	1. svibnja 2004.
Danmark	Bevis for bestlet jordemodereksamen	Danmarks jordemoderskole	Jordemoder	23. siječnja 1983.
Deutschland	Zeugnis über die staatliche Prüfung für Hebammen und Entbindungspfleger	Staatlicher Prüfungsausschuss	— Hebamme —Entbindungspfleger	23. siječnja 1983.

Eesti	Diplom ämmaemandaerialal	1. Tallinna Meditsiinikool 2. Tartu Meditsiinikool	— Ämmaemand	1. svibnja 2004.		
Ελλάς	1.Πτυχίο Τμήματος Μαιευτικής Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.) 2.Πτυχίο του Τμήματος Μαιών της Ανωτέρας Σχολής Στελεχών Υγείας και Κοινων. Πρόνοιας (ΚΑΤΕΕ) 3.Πτυχίο Μαίας Ανωτέρας Σχολής Μαιών	1.Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.) 2.ΚΑΤΕΕ Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων 3.Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας	— Μαία — Μαιευτής	23. siječnja 1983.		
España	— Título de Matrona —Título de Asistente obstétrico (matrona) —Título de Enfermería obstétricaginecológica	Ministerio de Educación y Cultura	— Matrona —Asistente obstétrico	1. siječnja 1986.		
France	Diplôme de sage-femme	L'Etat	Sage-femme	23. siječnja 1983.		
Ireland	Certificate in Midwifery	An Board Altranais	Midwife	23. siječnja 1983.		
Italia	Diploma d'ostetrica	Scuole riconosciute dallo Stato	Ostetrica	23. siječnja 1983.		
Κύπρος	Δίπλωμα στο μεταβασικό πρόγραμμα Μαιευτικής	Νοσηλευτική Σχολή	Εγγεγραμμένη Μαία	1. svibnja 2004.		

Latvija	Diploms par vecmātes kvalifikācijas iegūšanu	Māsu skolas	Vecmāte	1. svibnja 2004.			
Lietuva	1. Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymejimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją —Pažymejimas, liudijantis profesinę praktiką akušerijoje	1. Universitetas	Akušeris	1. svibnja 2004.			
	2. Aukštojo mokslo diplomas (neuniversitetines studijos), nurodantis suteiktą bendrosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją, ir profesinės kvalifikacijos pažymejimas, nurodantis suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją —Pažymejimas, liudijantis profesinę praktiką akušerijoje	2. Kolegija					
	3. Aukštojo mokslo diplomas (neuniversitetines studijos), nurodantis	3. Kolegija					

Luxembourg	suteiktą akušerio profesinę kvalifikaciją Diplôme de sage-femme	Ministère de l'éducation nationale, de la formation professionnelle et des sports	Sage-femme	23. siječnja 1983.		
Magyarország	Szülésznő bizonyítvány	Iskola/főiskola	Szülésznő	1. svibnja 2004.		
Malta	Lawrja jew diploma fl-Istudji tal-Qwiebel	Universita' ta' Malta	Qabla	1. svibnja 2004.		
Nederland	Diploma van verloskundige	Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkende opleidingsinstellingen	Verloskundige	23. siječnja 1983.		
Österreich	Hebammen-Diplom	— Hebammenakademie — Bundeshebammenlehranstalt	Hebamme	1. siječnja 1994.		
Polska	Dyplom ukończenia studiów	wyższych na kierunku położnictwo z tytułem „magister położnictwa”	Położna	1. svibnja 2004.		
Portugal	1.Diploma de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica 2.Diploma/carta de curso de estudos superiores especializados em	1. Ecolas de Enfermagem 2.Escolas Superiores de Enfermagem	Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica	1. siječnja 1986.		
		Instytucja prowadząca kształcenie na poziomie wyższym uznana przez właściwe władze (Higher educational institution recognised by the competent authorities)				

	enfermagem de saúde materna e obstétrica				
	3.Diploma (do curso de pós-licenciatura) de especialização em enfermagem de saúde materna obstétrica	3.—Escolas Superiores de Enfermagem —Escolas Superiores de Saúde			
Slovenija	Diploma, s katero se podeljuje strokovni naslov „diplomirana babica/diplomirani babičar”	1. Univerza 2. Visoka strokovna šola	diplomirana babica/diplomirani babičar	1. svibnja 2004.	
Slovensko	1.Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „bakalár z pôrodnej asistencie” („Bc.”) 2.Absolventský diplom v študijnom odbore diplomovaná pôrodná asistentka	1. Vysoká škola 2. Stredná zdravotnícka škola	Pôrodná asistentka	1. svibnja 2004.	
Suomi/Finland	1 Kättilön . tutkinto/barnmorskeexamen 2 Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututki . skolor nto, kättilö (AMK)/yrkeshögskoleexamen inom hälsovård och det sociala området, barnmorska (YH)	1.Terveystieteiden tutkimuskeskus/hälsöförhållningsanstalter 2 Ammattikorkeakoulut/Yrkeshögskolor	Kättilö/Barnmorska	1. siječnja 1994.	
Sverige	Barnmorskeexamen	Universitet eller högskola	Barnmorska	1. siječnja 1994.	

United Kingdom	Statement of registration as a Midwife on part 10 of the register kept by the United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health visiting	Various	Midwife	23. siječnja 1983.			
V.6. FARMACEUT							
5.6.1. Program osposobljavanja za farmaceute							
— Biologija biljaka i životinja							
— Fizika							
— Opća i anorganska kemija							
— Organska kemija							
— Analitička kemija							
— Farmaceutska kemija, uključujući analizu medicinskih proizvoda							
— Opća i primijenjena biokemija (medicinska)							
— Anatomija i fiziologija; medicinska terminologija							
— Mikrobiologija							
— Farmakologija i farmakoterapija							
— Farmaceutska tehnologija							
— Toksikologija							
— Farmakognozija							
— Zakonodavstvo i, gdje je to primjereno, profesionalna etika							
Uravnoteženost između teoretskog i praktičnog osposobljavanja daje svakom predmetu dovoljan teoretski značaj da bi se održala sveučilišna priroda osposobljavanja.							
5.6.2. Dokaz o formalnoj osposobljenosti farmaceuta							
Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Svedodžba priložena uz diplomu	Referentni datum			

België/Belgique/Belgien	Diploma van apotheker/Diplôme de pharmacien	—De universiteiten/Les universités —De bevoegde Examencommissie van de Vlaamse Gemeenschap/Le Jury compétent d'enseignement de la Communauté française		1. listopada 1987.			
Česká republika	Diplom o ukončení studia ve studijním programu farmacie (magistr, Mgr.)	Farmaceutická fakulta univerzity v České republice	Vysvědčení o státní závěrečné zkoušce	1. svibnja 2004.			
Danmark	Bevis for bestået farmaceutisk kandidatexamen	Danmarks Farmaceutiske Højskole		1. listopada 1987.			
Deutschland	Zeugnis über die Staatliche Pharmazeutische Prüfung	Zuständige Behörden		1. listopada 1987.			
Eesti	Diplom proviisori õppekava läbimisest	Tartu Ülikool		1. svibnja 2004.			
Ελλάς	Άδεια άσκησης αρμακευτικού επαγγέλματος	Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση		1. listopada 1987.			
España	Título de Licenciado en Farmacia	—Ministerio de Educación y Cultura —El rector de una universidad		1. listopada 1987.			
France	—Diplôme d'Etat de pharmacien —Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie	Universités		1. listopada 1987.			
Ireland	Certificate of Registered Pharmaceutical Chemist			1. listopada 1987.			

Italia	Diploma o certificato di abilitazione all'esercizio della professione di farmacista ottenuto in seguito ad un esame di Stato	Università	1. studenoga 1993.			
Κύπρος	Πιστοποιητικό Εγγραφής Φαρμακοποιού	Συμβούλιο Φαρμακευτικής	1. svibnja 2004.			
Latvija	Farmaceita diploms	Universitātes tipa augstskola	1. svibnja 2004.			
Lietuva	Aukštojo mokslo diplomas, nurodantis suteiktą vaistininko profesinę kvalifikaciją	Universitetas	1. svibnja 2004.			
Luxembourg	Diplôme d'Etat de pharmacien	Jury d'examen d'Etat + visa du ministre de l'éducation nationale	1. listopada 1987.			
Magyarország	Okleveles gyógyszerész oklevél (magister pharmaciae, röv: mag. Pharm)	Egyetem	1. svibnja 2004.			
Malta	Lawrja fil- farmacija	Universita' ta' Malta	1. svibnja 2004.			
Nederland	Getuigschrift van met goed gevolg afgelegd apothekerexamen	Faculteit Farmacie	1. listopada 1987.			
Österreich	Staatliches Apothekerdiplom	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	1. listopada 1994.			
Polska	Dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku farmacja z tytułem magistra	1. Akademia Medyczna 2. Uniwersytet Medyczny 3. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	1. svibnja 2004.			

Portugal	Carta de curso de licenciatura em Ciências Farmacêuticas	Universidades		1. listopada 1987.		
Slovenija	Diploma, s katero se podeljuje strokovni naziv „magister farmacije/magistra farmacije”	Univerza	Potrdilo o opravljenem strokovnem izpitu za poklic magister farmacije/magistra farmacije	1. svibnja 2004.		
Slovensko	Vysokoškolský diplom o udelení akademického titulu „magister farmácie” („Mgr.”)	Vysoká škola		1. svibnja 2004.		
Suomi/Finland	Proviisorin tutkinto/Provisorexamen	—Helsingin yliopisto/Helsingfors universitet		1. listopada 1994.		
Sverige	Apotekarexamen	— Kuopion yliopisto Uppsala universitet		1. listopada 1994.		
United Kingdom	Certificate of Registered Pharmaceutical Chemist			1. listopada 1987.		
V.7. ARHITEKT						
5.7.1. Dokaz o formalnim kvalifikacijama arhitekata priznatim u skladu s člankom 46.						
Država	Dokaz o formalnim kvalifikacijama	Tijelo koje dodjeljuje dokaz o kvalifikacijama	Svjedodžba priložena uz diplomu	Referentna akademska godina		
België/Belgique/Belgien	1. Architect/ Architecte	1.Nationale hogescholen voor architectuur 2.Hogere-architectuur-instituten		1988./1989.		

	<p>2. Architect/ Architecte</p> <p>3. Architect</p> <p>4. Architect/ Architecte</p> <p>5. Architect/ Architecte</p> <p>6. Burgelijke ingenieur-architect</p> <p>1. Architecte/ Architect</p> <p>2. Architecte/ Architect</p> <p>3. Architect</p> <p>4. Architecte/ Architect</p> <p>5. Architecte/ Architect</p> <p>6. Ingénieur-civil — architecte</p>	<p>3. Provinciaal Hoger Instituut voor Architectuur te Hasselt</p> <p>4. Koninklijke Academies voor Schone Kunsten</p> <p>5. Sint-Lucasscholen</p> <p>6. Faculteiten Toegepaste Wetenschappen van de Universiteiten</p> <p>7. „Faculté Polytechnique” van Mons</p> <p>1. Ecoles nationales supérieures d’architecture</p> <p>2. Instituts supérieurs d’architecture</p> <p>3. Ecole provinciale supérieure d’architecture de Hasselt</p> <p>4. Académies royales des Beaux-Arts</p> <p>5. Ecoles Saint-Luc</p> <p>6. Facultés des sciences appliquées des universités</p> <p>7. Faculté polytechnique de Mons</p> <p>—Kunstakademiets Arkitektskole København</p> <p>— Arkitektskolen i Århus</p> <p>—Universitäten (Architektur/Hochbau)</p> <p>—Technische Hochschulen (Architektur/Hochbau)</p>			
Danmark	Arkitekt cand. arch.		1988./1989.		
Deutschland	Diplom-Ingenieur, Diplom-Ingenieur Univ.		1988./1989.		

		<ul style="list-style-type: none"> —Technische Universitäten (Architektur/Hochbau) —Universitäten-Gesamthochschulen (Architektur/Hochbau) —Hochschulen für bildende Künste —Hochschulen für Künste —Fachhochschulen (Architektur/Hochbau) (16) —Universitäten-Gesamthochschulen (Architektur/Hochbau) bei entsprechenden Fachhochschulstudiengängen 			
Ελλάς	<p>Diplom-Ingenieur, Diplom-Ingenieur FH</p> <p>Δίπλωμα αρχιτέκτονα — μηχανικού</p>	<ul style="list-style-type: none"> —Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο (ΕΜΠ), τμήμα αρχιτεκτόνων — μηχανικών —Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ), τμήμα αρχιτεκτόνων — μηχανικών της Πολυτεχνικής σχολής 	<p>Βεβαίωση που χορηγεί το Τεχνικό πμελητήριο Ελλάδας (ΤΕΕ) και η οποία επιτρέπει την άσκηση ραστηριοτήτων στον τομέα της αρχιτεκτονικής</p>	1988./1989.	
España	Título oficial de arquitecto	<p>Rectores de las universidades enumeradas a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> —Universidad politécnica de Cataluña, escuelas técnicas superiores de arquitectura de Barcelona o del Vallès; —Universidad politécnica de Madrid, escuela técnica superior de arquitectura de Madrid; 		1988./1989. 1999./2000. 1999./2000. 1997./1998. 1998./1999. 1999./2000.	

	<ul style="list-style-type: none"> —Universidad politécnica de Las Palmas, escuela técnica superior de arquitectura de Las Palmas; —Universidad politécnica de Valencia, escuela técnica superior de arquitectura de Valencia; —Universidad de Sevilla, escuela técnica superior de arquitectura de Sevilla; —Universidad de Valladolid, escuela técnica superior de arquitectura de Valladolid; —Universidad de Santiago de Compostela, escuela técnica superior de arquitectura de La Coruña; —Universidad del País Vasco, escuela técnica superior de arquitectura de San Sebastián; —Universidad de Navarra, escuela técnica superior de arquitectura de Pamplona; —Universidad de Alcalá de Henares, escuela politécnica de Alcalá de Henares; —Universidad Alfonso X El Sabio, centro politécnico superior de Villanueva de la Cañada; 	<p>1998./1999.</p> <p>1999./2000.</p> <p>1994./1995.</p>			
--	---	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> —Universidad de Alicante, escuela politécnica superior de Alicante; —Universidad Europea de Madrid; —Universidad de Cataluña, escuela técnica superior de arquitectura de Barcelona; —Universidad Ramón Llull, escuela técnica superior de arquitectura de La Salle; —Universidad S.E.K. de Segovia, centro de estudios integrados de arquitectura de Segovia; —Universidad de Granada, escuela técnica superior de arquitectura de Granada. 			
France	<p>1. Diplôme d'architecte DPLG, y compris dans le cadre de la formation professionnelle continue et de la promotion sociale.</p> <p>2. Diplôme d'architecte ESA</p> <p>3. Diplôme d'architecte ENSAIS</p>	<p>1. Le ministre chargé de l'architecture</p> <p>2. Ecole spéciale d'architecture de Pariz</p> <p>3. Ecole nationale supérieure des arts et industries de Strasbourg, section architecture</p>	1988./1989.		
Ireland	1. Degree of Bachelor of Architecture (B.Arch. NUI)	1. National University of Ireland to architecture graduates of University College Dublin	1988./1989.		

Italia	<p>2. Degree of Bachelor of Architecture (B.Arch.)</p> <p>(Previously, until 2002 – Degree standard diploma in architecture (Dip. Arch))</p> <p>3. Certificate of associateship (ARIAI)</p> <p>4. Certificate of membership (MRIA)</p> <p>— Laurea in architettura</p>	<p>2. Dublin Institute of Technology, Bolton Street, Dublin</p> <p>(College of Technology, Bolton Street, Dublin)</p> <p>3. Royal Institute of Architects of Ireland</p> <p>4. Royal Institute of Architects of Ireland</p>	<p>— Università di Camerino</p> <p>— Università di Catania</p> <p>— Università di Chieti</p> <p>— Università di Ferrara</p> <p>— Università di Firenze</p> <p>— Università di Genova</p> <p>— Università di Napoli Federico II</p> <p>— Università di Napoli II</p> <p>— Università di Palermo</p> <p>— Università di Parma</p> <p>— Università di Reggio Calabria</p> <p>— Università di Roma „La Sapienza”</p> <p>— Università di Roma III</p> <p>— Università di Trieste</p> <p>— Politecnico di Bari</p> <p>— Politecnico di Milano</p>	<p>Diploma di abilitazione all’esercizio indipendente della professione che viene rilasciato dal ministero della Pubblica istruzione dopo che il candidato ha sostenuto con esito positivo l’esame di Stato davanti ad una commissione competente</p>	<p>1988./1989.</p>	
--------	--	---	---	---	--------------------	--

<p>—Laurea in ingegneria edile — architettura</p>	<p>— Politecnico di Torino —Istituto universitario di architettura di Venezia — Università dell’Aquila — Università di Pavia —Università di Roma, „La Sapienza”</p>	<p>Diploma di abilitazione all’esercizio indipendente della professione che viene rilasciato dal ministero della Pubblica istruzione dopo che il candidato ha sostenuto con esito positivo l’esame di Stato davanti ad una commissione competente</p>	<p>1998./1999.</p>		
<p>—Laurea specialistica in ingegneria edile - architettura</p>	<p>— Università dell’Aquila — Università di Pavia —Università di Roma „La Sapienza” — Università di Ancona —Università di Basilicata — Potenza — Università di Pisa — Università di Bologna — Università di Catania — Università di Genova — Università di Palermo —Università di Napoli Federico II —Università di Roma — Tor Vergata — Università di Trento</p>	<p>Diploma di abilitazione all’esercizio indipendente della professione che viene rilasciato dal ministero della Pubblica istruzione dopo che il candidato ha sostenuto con esito positivo l’esame di Stato davanti ad una commissione competente</p>	<p>2003./2004.</p>		

	— Politecnico di Bari			
	— Politecnico di Milano			
—Laurea specialistica quinquennale in Architettura	—Prima Facoltà di Architettura dell’Università di Roma „La Sapienza”	Diploma di abilitazione all’esercizio	1998./1999.	
—Laurea specialistica quinquennale in Architettura	— Università di Ferrara — Università di Genova — Università di Palermo	indipendente della professione che viene rilasciato dal	1999./2000. 2003./2004.	
—Laurea specialistica quinquennale in Architettura	— Politecnico di Milano — Politecnico di Bari — Università di Roma III	ministero della Pubblica istruzione dopo che il candidato ha sostenuto con	2004./2005.	
—Laurea specialistica in Architettura	— Università di Firenze — Università di Napoli II — Politecnico di Milano II	esito positivo l’esame di Stato davanti ad una commissione competente		
		Diploma di abilitazione all’esercizio indipendente della professione che viene rilasciato dal ministero della Pubblica istruzione dopo che il candidato ha sostenuto con esito positivo l’esame di Stato davanti ad una commissione competente		
		Diploma di abilitazione all’esercizio		

<p>Nederland</p>	<p>1.Het getuigschrift van het met goed gevolg afgelegde doctoraal examen van de studierichting bouwkunde, afstudeerrichting architectuur</p>	<p>1.Technische Universiteit te Delft</p>	<p>independente della professione che viene rilasciato dal ministero della Pubblica istruzione dopo che il candidato ha sostenuto con esito positivo l'esame di Stato davanti ad una commissione competente</p> <p>Diploma di abilitazione all'esercizio indipendente della professione che viene rilasciato dal ministero della Pubblica istruzione dopo che il candidato ha sostenuto con esito positivo l'esame di Stato davanti ad una commissione competente</p> <p>Verklaring van de Stichting Bureau Architectenregister die bevestigt dat de opleiding voldoet aan de normen van artikel 46.</p>			
------------------	---	---	--	--	--	--

<p>2.Het getuigschrift van 2.Technische Universiteit te het met goed gevolg Eindhoven afgelegde doctoraal examen van de studierichting bouwkunde, differentiatie architectuur en urbanistiek</p> <p>3.Het getuigschrift hoger beroepsonderwijs, op grond van het met goed gevolg afgelegde examen verbonden aan de opleiding van de tweede fase voor beroepen op het terrein van de architectuur, afgegeven door de betrokken examencommissies van respectievelijk:</p> <p>—de Amsterdamse Hogeschool voor de Kunsten te Amsterdam</p> <p>—de Hogeschool Rotterdam en omstreken te Rotterdam</p>			
---	--	--	--

	—de Hogeschool Katholieke Leergangen te Tilburg			
	—de Hogeschool voor de Kunsten te Arnhem			
	—de Rijkshogeschool Groningen te Groningen			
	—de Hogeschool Maastricht te Maastricht			
Österreich	1.Diplom-Ingenieur, Dipl.Ing.	1.Technische Universität Graz (Erzherzog-Johann- Universität Graz)	1998./1999.	
	2.Diplom- Ingenieur,Dipl.Ing.	2.Technische Universität Wien		
	3.Diplom-Ingenieur, Dipl.Ing.	3.Universität Innsbruck (Leopold-Franzens- Universität Innsbruck)		
	4.Magister der Architektur, Magister architecturae, Mag. Arch.	4.Hochschule für Angewandte Kunst in Wien		
	5.Magister der Architektur, Magister architecturae, Mag. Arch.	5.Akademie der Bildenden Künste in Wien		
	6.Magister der Architektur, Magister architecturae, Mag. Arch.	6.Hochschule für künstlerische und industrielle Gestaltung in Linz		

Portugal	Carta de curso de licenciatura em Arquitectura	—Faculdade de arquitectura da Universidade técnica de Lisboa		1988./1989.			
	Para os cursos iniciados a partir do ano académico de 1991/1992	—Faculdade de arquitectura da Universidade do Porto —Escola Superior Artística do Porto —Faculdade de Arquitectura e Artes da Universidade Lusíada do Porto		1991./1992.			
Suomi/Finland	Arkkitehdin tutkinto/Arkitexamen	—Teknillinen korkeakoulu/Tekniska högskolan (Helsinki) —Tampereen teknillinen korkeakoulu/Tammerfors tekniska högskola		1998./1999.			
Sverige	Arkitektexamen	—Oulun yliopisto/Uleåborgs universitet Chalmers Tekniska Högskola AB Kungliga Tekniska Högskolan		1998./1999.			
United Kingdom	1. Diplomas in architecture	Lunds Universitet 1. — Universities — Colleges of Art — Schools of Art	Certificate of architectural education, issued by the Architects Registration Board.	1988./1989.			The diploma and degree courses in architecture of the universities, schools

<p>and colleges of art should have met the requisite threshold standards as laid down in Article 46 of this Directive and in Criteria for validation published by the Validation Panel of the Royal Institute of British Architects and the Architects Registration Board.</p> <p>EU nationals who possess the Royal Institute of British Architects Part I and Part II certificates, which are recognised by ARB as the competent authority, are eligible. Also EU nationals who do not possess the ARB-recognised Part I and Part II certificates will be eligible for the Certificate of Architectural Education if they can satisfy the Board that their standard and length of education</p>			
---	--	--	--

<p>2.Degrees in architecture 3.Final examination 4.Examination in architecture 5.Examination Part II</p> <p>2. Universities 3. Architectural Association 4. Royal College of Art 5.Royal Institute of British Architects</p>	<p>has met the requisite threshold standards of Article 46 of this Directive and of the Criteria for validation.</p>		
<hr/> <p>(1) 1. siječnja 1983.</p> <p>(2) 1. siječnja 1983.</p> <p>(3) 1. kolovoza 1987. osim za osobe koje su započele osposobljavanje prije tog datuma</p> <p>(4) 31. prosinca 1971.</p> <p>(5) 31. listopada 1999.</p> <p>(6) Dokaz o kvalifikacijama se više ne izdaje za one koji su počeli osposobljavanje nakon 5. ožujka 1982.</p> <p>(7) 9. srpnja 1984.</p> <p>(8) 3. prosinca 1971.</p> <p>(9) 31. listopada 1993.</p> <p>(10) Dokaz o kvalifikacijama se više ne izdaje za one koji su počeli osposobljavanje nakon 5. ožujka 1982.</p>			

<p>(11) 8. srpnja 1984.</p> <p>(12) 1. siječnja 1983., osim za osobe koje su započele osposobljavanje prije ovog datuma i završile ga do kraja 1988.</p> <p>(13) 31. prosinca 1994.</p> <p>(14) 1. siječnja 1983.</p> <p>(15) Osposobljavanje kojim se dobiva dokaz o formalnoj osposobljenosti za specijalista dentalne, oralne i maksilofacijalne kirurgije (osnovno medicinsko i zubarsko osposobljavanje) podrazumijeva završen i potvrđen studij medicine (članak 24.) i uz to završen i potvrđen osnovni studij dentalne medicine (članak 34.).</p> <p>(16) Diese Diplome sind je nach Dauer der durch sie abgeschlossenen Ausbildung gemäß Artikel 47 Absatz 1 anzuerkennen.</p>									
<p>PRILOG VI.</p> <p>Stečena prava koja se primjenjuju na profesije priznate na temelju usklađivanja minimalnih uvjeta osposobljavanja</p> <p>6. Dokaz o formalnoj osposobljenosti arhitekata koji koriste stečena prava u skladu s člankom 49. stavkom 1.</p> <table border="0" data-bbox="91 957 1585 1327"> <thead> <tr> <th data-bbox="91 957 313 997">Država</th> <th data-bbox="313 957 1366 997">Dokaz o formalnoj osposobljenosti</th> <th data-bbox="1366 957 1585 997">Referentna akademska godina</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="91 1069 313 1141">België/Belgique/ Belgien</td> <td data-bbox="313 1069 1366 1327"> <ul style="list-style-type: none"> —diplome koje dodjeljuju visoke državne škole za arhitekturu ili visokoškolski državni zavodi za arhitekturu (architecte-architect) —diplome koje dodjeljuje Visoka škola za arhitekturu pokrajine Hasselt (architect) —diplome koje dodjeljuje Kraljevska umjetnička akademija (architecte – architect) —diplome koje dodjeljuje „écoles Saint-Luc” (architecte – architect) </td> <td data-bbox="1366 1069 1585 1109">1987./1988.</td> </tr> </tbody> </table>	Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Referentna akademska godina	België/Belgique/ Belgien	<ul style="list-style-type: none"> —diplome koje dodjeljuju visoke državne škole za arhitekturu ili visokoškolski državni zavodi za arhitekturu (architecte-architect) —diplome koje dodjeljuje Visoka škola za arhitekturu pokrajine Hasselt (architect) —diplome koje dodjeljuje Kraljevska umjetnička akademija (architecte – architect) —diplome koje dodjeljuje „écoles Saint-Luc” (architecte – architect) 	1987./1988.			
Država	Dokaz o formalnoj osposobljenosti	Referentna akademska godina							
België/Belgique/ Belgien	<ul style="list-style-type: none"> —diplome koje dodjeljuju visoke državne škole za arhitekturu ili visokoškolski državni zavodi za arhitekturu (architecte-architect) —diplome koje dodjeljuje Visoka škola za arhitekturu pokrajine Hasselt (architect) —diplome koje dodjeljuje Kraljevska umjetnička akademija (architecte – architect) —diplome koje dodjeljuje „écoles Saint-Luc” (architecte – architect) 	1987./1988.							

<p>Česká republika</p>	<p>—sveučilišne diplome iz građevinarstva, s potvrdom o obavljenom pripravništvu koju izdaje udruženje arhitekata i koja imatelju daje pravo nošenja profesionalnog naziva arhitekta (architecte – architect)</p> <p>—diplome iz arhitekture koje dodjeljuje centralna ili državna ispitna komisija za arhitekturu (architecte – architect)</p> <p>—diplome iz građevinarstva/arhitekture i diplome iz arhitekture/građevinarstva koje dodjeljuju fakulteti primijenjenih znanosti sveučilišta i Politehnički fakultet u Monsu (ingénieur architecte, ingénieur-architect)</p> <p>—Diplome koje dodjeljuju fakulteti u okviru „České vysoké učení technické” (Češko tehničko sveučilište u Pragu):</p> <p>—„Vysoká škola architektury a pozemního stavitelství” (Fakultet za arhitekturu i građevinarstvo (do 1951.),</p> <p>—„Fakulta architektury a pozemního stavitelství” (Fakultet za arhitekturu i građevinarstvo) (od 1951. do1960.),</p> <p>—„Fakulta stavební” (Fakultet za građevinarstvo) (od 1960.), studijski smjerovi: visokogradnja i konstrukcije, visokogradnja, građevinarstvo i arhitektura, arhitektura (uključujući urbanizam i prostorno planiranje), niskogradnja i građevinarstvo za industrijsku i poljoprivrednu proizvodnju, ili studijski program građevinarstva s usmjerenjem visokogradnje i arhitekture,</p> <p>—„Fakulta architektury” (Fakultet za arhitekturu) (od 1976.), studijski smjerovi: arhitektura, urbanizam i prostorno planiranje, ili studijski program: arhitektura i urbanizam s usmjerenjem: arhitektura, teorija arhitektonskog projektiranja, urbanizam i prostorno planiranje, povijest arhitekture i rekonstrukcija povijesnih spomenika, ili arhitektura i građevinarstvo.</p> <p>—Diplome koje je dodijelila „Vysoká škola technická Dr. Edvarda Beneše” (do 1951.) na području arhitekture i građevinarstva,</p> <p>—Diplome koje je dodijelila „Vysoká škola stavitelství v Brně” (od 1951. do 1956.) na području arhitekture i građevinarstva,</p> <p>—Diplome koje je dodjeljuje „Vysoké učení technické v Brně”, „Fakulta architektury” (Fakultet za arhitekturu) (od 1956.) za studijski smjer arhitekture i urbanizma, ili „Fakulta stavební” (Fakultet za građevinarstvo) (od 1956.) za studijski smjer građevine.</p>	<p>2006./2007.</p>		
------------------------	---	--------------------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> —Diplome koje dodjeljuje „Vysoká škola báňská — Technická univerzita Ostrava”, „Fakulta stavební” (Fakultet za građevinarstvo) (od 1997.) za studijski smjer konstrukcija i arhitekture, ili za studijski smjer građevinarstva, —Diplome koje dodjeljuje „Technická univerzita v Liberci”, „Fakulta architektury” (Fakultet za arhitekturu) (od 1994.) za studijski program arhitekture i urbanizma s usmjerenje arhitekture, —Diplome koje dodjeljuje „Akademie výtvarných umění v Praze” za studijski program umjetnosti, s usmjerenjem arhitektonskog projektiranja, —Diplome koje dodjeljuje „Vysoká škola umělecko-průmyslová v Praze” za studijski program umjetnosti, s usmjerenjem arhitekture, —Ovlaštenje koje izdaje „Česká komora architektů” bez specifikacije područja ili za područje visokogradnje; 			
Danmark	<ul style="list-style-type: none"> —diplome koje dodjeljuju državne škole za arhitekturu u Kopenhagenu i Aarhusu 1987./1988. (arhitekt) —potvrda o registraciji koju izdaje Savez arhitekata u skladu sa Zakonom br. 202 od 28. svibnja 1975. (registreret arkitekt) —diplome koje izdaje Visoka škola za građevinarstvo (bygningskonstruktoer), uz potvrdu nadležnih tijela kojom se potvrđuje da je osoba položila ispit formalne izobrazbe i koji sadrži ocjenu nacрта koji je podnositelj izradio i izveo tijekom najmanje šestogodišnjeg stvarnog obavljanja djelatnosti navedenih u članku 48. ove Direktive 			
Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> —diplome koje dodjeljuju umjetničke visokoškolske institucije (Dipl.-Ing., Architekt (HfbK), 1987./1988. —diplome koje dodjeljuju odjeli za arhitekturu (Architektur/Hochbau) na „Technische Hochschulen” tehničkih sveučilišta, sveučilišta i „Gesamthochschulen”, ako su te institucije povezane u „Gesamthochschulen” (Dipl.-Ing. i bilo koji drugi naziv koji se nositeljima ovih diploma može odrediti kasnije). —diplome koje dodjeljuju odjeli za arhitekturu (Architektur/Hochbau) na „Fachhochschulen”, te odjeli za arhitekturu (Architektur/Hochbau) na „Gesamthochschulen”, ako su te institucije povezane u „Gesamthochschulen”, uz potvrdu, ako studij traje manje od četiri ali ne manje od tri godine, koja potvrđuje četverogodišnje razdoblje stručnog iskustva u Saveznoj Republici Njemačkoj, a koju izdaje stručno tijelo u skladu s člankom 47. stavkom 1. 			

Eesti	<p>(Ingenieur grad. i bilo koji drugi naziv koji se nositeljima ovih diploma može dati kasnije).</p> <p>—diplome (Prüfungszeugnisse) koje su prije 1. siječnja 1973. dodijelili odjeli arhitekture na „Ingenieurschulen” i „Werkkunstschulen”, uz potvrdu nadležnih tijela kojom se potvrđuje da je određena osoba položila ispit formalne osposobljenosti i koji sadrži ocjenu nacrtu koje je podnositelj izradio i izveo tijekom najmanje šestogodišnjeg stvarnog obavljanja djelatnosti navedenih u članku 48. ove Direktive</p> <p>—diplom arhitektuuri erialal, väljastatud Eesti Kunstiakadeemia arhitektuuri teaduskonna poolt alates 1996. aastast (diploma arhitekture koju od 1996. dodjeljuje Fakultet arhitekture na estonskoj akademiji umjetnosti), väljastatud Tallinna Kunstiülikooli poolt 1989.-1995. (koju je dodjeljivalo Sveučilište umjetnosti iz Tallinna u razdoblju 1989.-1995.), väljastatud Eesti NSV Riikliku Kunstiinstituudi poolt 1951.- 1988. (koju je dodjeljivao Državni institut za umjetnost Estonske SSR između 1951. i 1988.)</p>			
Ελλάς	<p>—diplome inženjera/arhitekta koje dodjeljuje Atenski Metsovion Polytechnion 1987./1988. zajedno s potvrdom koju izdaje Grčka tehnička komora, a koja potvrđuje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture</p> <p>—diplome inženjera/arhitekta koje dodjeljuje Solunski Aristotelion Panepistimion zajedno s potvrdom koju izdaje Grčka tehnička komora, a koja potvrđuje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture</p> <p>—diplome inženjera/građevinara koje dodjeljuje Atenski Metsovion Polytechnion zajedno s potvrdom koju izdaje Grčka tehnička komora, a koja potvrđuje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture</p> <p>—diplome inženjera/građevinara koje dodjeljuje Solunski Aristotelion zajedno s potvrdom koju izdaje Grčka tehnička komora, a koja potvrđuje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture</p> <p>—diplome inženjera/građevinara koje dodjeljuje Panepistimion Thrakis zajedno s potvrdom koju izdaje Grčka tehnička komora, a koja potvrđuje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture</p> <p>—diplome inženjera/građevinara koje dodjeljuje Panepistimion Patron zajedno s potvrdom koju izdaje Grčka tehnička komora, a koja potvrđuje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture</p>			

Espeña	Službena formalna kvalifikacija arhitekta (título oficial de arquitecto) koju dodjeljuje Ministarstvo obrazovanja i znanosti, ili sveučilišta	1987./1988.			
France	—vladine diplome iz arhitekture koje je do 1959. izdavalo Ministarstvo obrazovanja, a kasnije Ministarstvo kulture (architecte DPLG) —diplome koje dodjeljuje „Ecole spéciale d’architecture” (architecte DESA) —diplome koje od 1955. dodjeljuje „Ecole nationale supérieure des arts et industries de Strasbourg” (prije „Ecole nationale d’ingénieurs de Strasbourg”), odjel za arhitekturu (architecte ENSAIS)	1987./1988.			
Ireland	—diploma Bachelor of Architecture koju dodjeljuje Irsko državno sveučilište diplomantima arhitekture na University College u Dublinu (B Arch. (NUI)) —standardna diploma arhitekture koju dodjeljuje College of Technology, Bolton Street, Dublin (Dipl. Arch.) —potvrda o pridruženom članstvu u Royal Institute of Architects of Ireland (Kraljevski institut irskih arhitekata) (ARIAI) —potvrda o članstvu u Royal Institute of Architects of Ireland (MRIA)				
Italia	—diplome „laurea in architettura” koje dodjeljuju sveučilišta, politehničke institucije i visokoškolske institucije arhitekture u Veneciji i u Reggio Calabria, uz diplomu koja njezinom nositelju omogućuje samostalno obavljanje profesije arhitekta, koju dodjeljuje ministar obrazovanja nakon što podnositelj pred nadležnim tijelom položi državni ispit koji mu omogućuje samostalno obavljanje profesije arhitekta (dott. Architetto) —diplome „laurea in ingegneria” za visokogradnju koje dodjeljuju sveučilišta i politehničke institucije, uz diplomu koja njezinom nositelju omogućuje samostalno obavljanje profesije na području arhitekture, koju dodjeljuje ministar obrazovanja nakon što podnositelj pred nadležnim tijelom položi državni ispit koji mu omogućuje samostalno obavljanje profesije (dott. Architetto ili dott. Ing. In ingegneria civile)	1987./1988.			
Κύπρος	—Βεβαίωση Εγγραφής στο Μητρώο Αρχιτεκτόνων που εκδίδεται από το Επιστημονικό και Τεχνικό Επιμελητήριο Κύπρου (Potvrda o upisu u Registar arhitekata koju izdaje Znanstvena i tehnička komora Cipra (ETEK))	2006./2007.			
Latvija	—„Arhitekta diploms” ko izsniegusi Latvijas Valsts Universitātes Inženierceltniecības fakultātes Arhitektūras nodaļa līdz 1958.gadam, Rīgas Politehniskā Institūta Celtniecības fakultātes Arhitektūras nodala no 1958 gada līdz 1991.gadam, Rīgas Tehniskās Universitātes Arhitektūras fakultate kopš	2006./2007.			

Lietuva	<p>1991. gada, un „Arhitekta prakses sertifikats”, ko izsniedz Latvijas Arhitektu savienība („diploma iz arhitektūre” koju je do 1958. dodjeljivao Odjel za arhitekturu Građevinarskog fakulteta Latvijskog državnog sveučilišta; od 1958. do 1991. Odjel za arhitekturu Građevinarskog fakulteta Politehničkog instituta u Rigi; od 1991. i 1992. Fakultet za arhitekturu Tehničkog sveučilišta u Rigi, te potvrda o registraciji koju izdaje Udruga arhitekata Latvije)</p> <p>—diplome inženjera arhitekture/arhitekta koje je do 1969. izdavao Kauno politechnikos institutas (inžinierius architektas/architektas), 2006./2007.</p> <p>—diplome arhitekt, diplomirani arhitekt, magistar arhitekture koje je izdavao Vilnius inžinerinis statybos institutas do 1990., Vilniaus technikos universitetas do 1996., te Vilnius Gedimino technikos universitetas od 1996. (architektas/architekturos bakalauras/architekturos magistras),</p> <p>—diplome za specijaliste koji su završili program osposobljavanja za arhitekta/diplomiranog arhitekta/magistra arhitekture koje je dodjeljivao LTSR Valstybinis dailes institutas do 1990.; od 1990. Vilniaus dailes akademija (architekturos kursas/architekturos bakalauras/architekturos magistras),</p> <p>—diplome diplomirani arhitekt/magistar arhitekture koje od 1997. dodjeljuje Kauno technologijos universitetas (architekturos bakalauras/architekturos magistras). Svim ovim diplomama mora biti priložena potvrda koju izdaje komisija za izdavanje potvrda a koja vlasniku te potvrde daje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture (Certified Architect/Atestuotas architektas)</p>			
Magyarország	<p>—„okleveles építész-mérnök” diploma (diploma arhitekture, magistar znanosti arhitekture) koju dodjeljuju sveučilišta, 2006./2007.</p> <p>—„okleveles építész tervező művész” diploma (diploma magistra znanosti iz arhitekture i građevinarstva) koju dodjeljuju sveučilišta</p>			
Malta	<p>—Perit: Lawrja ta' Perit koju dodjeljuje Universita' ta' Malta i s kojom se stječe pravo upisa kao Perit 2006./2007.</p>			
Nederland	<p>—svjedodžba kojom se potvrđuje da je osoba položila diplomski ispit iz arhitekture, koju izdaje odjel za arhitekturu tehničkih visokih škola u Delftu ili Eindhovenu (bouwkundig ingenieur) 1987./1988.</p> <p>—diplome koje izdaju državno priznate akademije za arhitekturu (architect)</p> <p>—diplome koje su do 1971. izdavali prijašnji fakulteti za arhitekturu (Hoger Bouwkunstonderricht) (architect HBO)</p>			

<p>Österreich</p>	<ul style="list-style-type: none"> —diplome koje su do 1971. izdavali prijašnji fakulteti za arhitekturu (voortgezet Bouwkunstonderricht) (architect VBO) —svjedodžba kojom se potvrđuje da je osoba položila ispit koji organizira Savez arhitekata pri „Bond van Nederlandse Architecten” (Red nizozemskih arhitekata, BNA) (architect) —diploma koju izdaje „Stichting Instituut voor Architectuur” (fondacija „Institut za arhitekturu”) (IVA) po završetku programa osposobljavanja koju organizira ova fondacija i koji traje najmanje četiri godine (architect), uz potvrdu nadležnih tijela kojom se potvrđuje da je osoba položila ispit formalne osposobljenosti i koja sadrži ocjenu nacrtu koji je podnositelj izradio i izveo tijekom najmanje šestogodišnjeg stvarnog obavljanja djelatnosti navedenih u članku 44. ove Direktive —potvrda koju izdaju nadležna tijela i kojom se potvrđuje da je osoba prije 5. kolovoza 1985. položila diplomski ispit za „Kandidaat in de bouwkunde” pri tehničkom fakultetu u Delftu ili Eindhovenu, i da je kroz razdoblje od najmanje pet godina neposredno prije ovog datuma obavljala djelatnosti arhitekta, čija važnost i priroda, osiguravaju stručnost za obavljanje tih djelatnosti, u skladu s nizozemskim zahtjevima (architect) —potvrda koju izdaju nadležna tijela samo osobama koje su prije 5. kolovoza 1985. navršile 40 godina života, kojom se potvrđuje da je osoba kroz razdoblje od najmanje pet godina neposredno prije ovog datuma obavljala djelatnosti arhitekta, čija važnost i priroda, osiguravaju stručnost za obavljanje tih djelatnosti, u skladu s nizozemskim zahtjevima (architect) —potvrde iz sedme i osme alineje ne moraju se više priznavati od datuma stupanja na snagu nizozemskih zakona i propisa koji uređuju započinjanje obavljanja i obavljanje arhitekturnih djelatnosti pod profesionalnim nazivom arhitekta, ako prema tim odredbama te potvrde ne dozvoljavaju započinjanje obavljanja djelatnosti pod profesionalnim nazivom arhitekta —diplome koje dodjeljuju sveučilišta za tehnologiju u Beču i Grazu, te sveučilište u Innsbrucku, Fakultet za građevinarstvo („Bauingenieurwesen”) i arhitekturu („Architektur”) s usmjerenjem arhitekture, građevinarstva („Bauingenieurwesen”), visokogradnje („Hochbau”) i „Wirtschaftsingenieurwesen - Bauwesen”) 	<p>1997./1998.</p>		
-------------------	---	--------------------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> —diplome koje dodjeljuje sveučilište za „Bodenkultur” na studijskom programu „Kulturtechnik und Wasserwirtschaft” —diplome koje dodjeljuje Fakultet za primijenjenu umjetnost Sveučilišta u Beču, za studij arhitekture —diplome koje dodjeljuje Umjetnička akademija u Beču, za studij arhitekture —diplome ovlaštenih inženjera (Ing.) koje dodjeljuje visoka tehnička škola ili visoka građevinska škola s licencom „Baumeister” koja potvrđuje najmanje šest godina stručnog iskustva u Austriji i položen ispit —diplome koje dodjeljuje Fakultet za umjetničko i industrijsko osposobljavanje u Linzu, za studij arhitekture —potvrda o kvalifikaciji za građevinskog inženjera ili građevinskog konzultanta na području izgradnje („Hochbau”, „Bauwesen”, „Wirtschaftsingenieurwesen - Bauwesen”, „Kulturtechnik und Wasserwirtschaft”) u skladu sa Zakonom o građevinskim tehničarima (Ziviltechnikergesetz, BGBl. No 156/1994) 			
Polska	<p>Diplome koje dodjeljuju arhitektonski fakulteti: 2006./2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> —Tehnološko sveučilište u Varšavi, Fakultet arhitekture u Varšavi (Politehnika Warszawska, Wydział Architektury); profesionalni naziv za arhitekta: inżynier architekt, magister nauk technicznych; inżynier architekt; inżyniera magistra architektury; magistra inżyniera architektury; magistra inżyniera architekta; magister inżynier architekt (od 1945. do 1948., naziv: inżynier architekt, magister nauk technicznych; od 1951. do 1956., naziv: inżynier architekt; od 1954. do 1957., 2. stupanj, naziv: inżyniera magistra architektury; od 1957. do 1959., naziv: inżyniera magistra architektury; od 1959. do 1964., naziv: magistra inżyniera architektury; od 1964. do 1982., naziv: magistra inżyniera architekta; od 1983. do 1990., naziv: magister inżynier architekt; od 1991., naziv: magistra inżyniera architekta), —Tehnološko sveučilište u Krakówu, Fakultet arhitekture u Krakówu (Politehnika Krakowska, Wydział Architektury); profesionalni naziv arhitekta: magister inżynier architekt (od 1945. do 1953. Sveučilište za rudarstvo i metalurgiju, Politehnički fakultet arhitekture – Akademia Górniczo-Hutnicza, Politechniczny Wydział Architektury), —Tehnološko sveučilište u Wrocławu, Fakultet arhitekture u Wrocławu (Politehnika Wroclawska, Wydział Architektury); profesionalni naziv 			

<p>arhitekta: inżynier architekt, magister nauk technicznych; magister inżynier architektury; magister inżynier architekt (od 1949. do 1964., naziv: inżynier architekt, magister nauk technicznych; od 1956. do 1964., naziv: magister inżynier architektury; od 1964., naziv: magister inżynier architekt),</p> <p>—Tehnološko sveučilište u Šleziji, Fakultet arhitekture u Gliwicama (Politechnika Śląska, Wydział Architektury); profesjonalni naziv arhitekta: inżynier architekt; magister inżynier architekt (od 1945. do 1955., Fakultet inženjerstva i građevine - Wydział Inżynieryjno-Budowlany, naziv: inżynier architekt; od 1961. do 1969., Fakultet industrijske građevine i općeg inženjerstva - Wydział Budownictwa Przemysłowego i Ogólnego, naziv: magister inżynier architekt; od 1969. do 1976., Fakultet građevinarstva i arhitekture - Wydział Budownictwa i Architektury, naziv: magister inżynier architekt; od 1977., Fakultet arhitekture - Wydział Architektury, naziv: magister inżynier architekt i od 1995., naziv: inżynier architekt),</p> <p>—Tehnološko sveučilište u Poznańu, Fakultet arhitekture u Poznańu (Politechnika Poznańska, Wydział Architektury); profesjonalni naziv arhitekta: inżynier architektury; inżynier architekt; magister inżynier architekt (od 1945. do 1955. Visoka tehnička škola, Fakultet arhitekture – Szkoła Inżynierska, Wydział Architektury, naziv: inżynier architektury; od 1978., naziv: magister inżynier architekt i od 1999., naziv: inżynier architekt),</p> <p>—Tehničko sveučilište u Gdańsku, Fakultet arhitekture u Gdańsku (Politechnika Gdańska, Wydział Architektury); profesjonalni naziv arhitekta: magister inżynier architekt (od 1945. do 1969. Fakultet arhitekture - Wydział Architektury, od 1969. do 1971. Fakultet građevinarstva i arhitekture - Wydział Budownictwa i Architektury, od 1971. do 1981. Institut za arhitekturu i urbanizam - Instytut Architektury i Urbanistyki, od 1981. Fakultet arhitekture - Wydział Architektury),</p> <p>—Tehničko sveučilište u Białystoku, Fakultet arhitekture u Białystoku (Politechnika Białostocka, Wydział Architektury); profesjonalni naziv arhitekta: magister inżynier architekt (od 1975. do 1989. Institut za arhitekturu - Instytut Architektury),</p> <p>—Tehničko sveučilište u Łódźu, Fakultet građevinarstva, arhitekture i okolišnog inženjeringa u Łódźu (Politechnika Łódzka, Wydział Budownictwa, Architektury i Inżynierii Środowiska); profesjonalni naziv arhitekta: inżynier</p>			
--	--	--	--

<p>Portugal</p>	<p>architekt; magister inženier architekt (od 1973. do 1993 Fakultet građevinarstva i arhitekture - Wydział Budownictwa i Architektury, te od 1992. Fakultet građevinarstva, arhitekture i okolišnog inženjeringa — Wydział Budownictwa, Architektury i Inżynierii Środowiska; naziv: od 1973. do 1978., naziv: inženier architekt, do 1978., naziv: inženier architekt, od 1978., naziv: magister inženier architekt),</p> <p>—Tehničko sveučilište u Szczecinu, Fakultet građevinarstva i arhitekture u Szczecinu (Politehnika Szczecińska, Wydział Budownictwa i Architektury); profesionalni naziv arhitekta: inženier architekt; magister inženier architekt (od 1948. do 1954. Visoka tehnička škola, Fakultet arhitekture - Wyższa Szkoła Inżynierska, Wydział Architektury, naziv: inženier architekt, od 1970., naziv: magister inženier architekt i od 1998., naziv: inženier architekt),</p> <p>Svim ovim diplomama mora biti priložena potvrda o članstvu koju izdaje nadležna regionalna komora arhitekata u Poljskoj, i kojom se daje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture u Poljskoj.</p> <p>—diploma „diploma do curso especial de arquitectura” koju dodjeljuju škole za 1987./1988. umjetnost u Lisabonu i Portu</p> <p>—diploma arhitekture „diploma de arquitecto” koju dodjeljuju škole za umjetnost u Lisabonu i Portu</p> <p>—diploma „diploma do curso de arquitectura” koju dodjeljuju visoke škole za umjetnost u Lisabonu i Portu</p> <p>—diploma „diploma de licenciatura em arquitectura” koju dodjeljuje Visoka škola za umjetnost u Lisabonu</p> <p>—diploma „carta de curso de licenciatura em arquitectura” koju dodjeljuju Tehničko sveučilište u Lisabonu i Sveučilište u Portu</p> <p>—sveučilišna diploma iz građevinarstva (licenciatura em engenharia civil) koju dodjeljuje Visoki tehnički institut Tehničkog sveučilišta u Lisabonu</p> <p>—sveučilišna diploma iz građevinarstva (licenciatura em engenharia civil) koju dodjeljuje Tehnički fakultet (de Engenharia) Sveučilišta u Portu</p> <p>—sveučilišna diploma iz građevinarstva (licenciatura em engenharia civil) koju dodjeljuje Fakultet znanosti i tehnologije Sveučilišta u Coimbri</p> <p>—sveučilišna diploma iz građevinarstva, proizvodnje (licenciatura em engenharia civil, produção) koju dodjeljuje Sveučilište u Minhu</p>			
-----------------	---	--	--	--

Slovenija	<ul style="list-style-type: none"> —„Univerzitetni diplomirani inženir arhitekture/univerzitetna diplomirana inženirka arhitekture” (sveučilišna diploma arhitekture) koju dodjeljuje Fakultet za arhitekturu, kojoj se prilaže zakonom priznata potvrda nadležnog tijela iz područja arhitekture, kojom se daje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture —Sveučilišna diploma koju dodjeljuju tehnički fakulteti i kojom se daje naziv „univerzitetni diplomirani inženir (univ.dipl.inž.)/univerzitetna diplomirana inženirka”, kojoj se prilaže zakonom priznata potvrda nadležnog tijela iz područja arhitekture, kojom se daje pravo obavljanja djelatnosti iz područja arhitekture 	2006./2007.			
Slovensko	<ul style="list-style-type: none"> —Diploma na studijskom smjeru „arhitektura i visokogradnja („architektúra a pozemné staviteľstvo”) koju je dodjeljivalo Slovačko tehničko sveučilište (Slovenská vysoká škola technická) u Bratislavi od 1950. – 1952. (naziv: Ing.), —Diploma na studijskom smjeru „arhitektura” („architektúra”) koju je dodjeljivao Fakultet arhitekture i građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Fakulta architektúry a pozemného staviteľstva, Slovenská vysoká škola technická) u Bratislavi od 1952. – 1960. (naziv: Ing. arch.), —Diploma na studijskom smjeru „visokogradnja” („pozemné staviteľstvo”) koju je dodjeljivao Fakultet arhitekture i građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Fakulta architektúry a pozemného staviteľstva, Slovenská vysoká škola technická) u Bratislavi od 1952. – 1960. (naziv: Ing.), —Diploma na studijskom smjeru „arhitektura” („architektúra”) koju je dodjeljivao Fakultet građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Stavebná fakulta, Slovenská vysoká škola technická) u Bratislavi od 1961. – 1976. (naziv: Ing. arch.), —Diploma na studijskom smjeru „visokogradnja” („pozemné stavby”) koju je dodjeljivao Fakultet građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Stavebná fakulta, Slovenská vysoká škola technická) u Bratislavi od 1961. - 1976. (naziv: Ing.), —Diploma na studijskom smjeru „arhitektura” („architektúra”) koju dodjeljuje Fakultet arhitekture Slovačkog tehničkog sveučilišta (Fakulta architektúry, Slovenská vysoká škola technická) u Bratislavi od 1977. (naziv: Ing. arch.), 	2006./2007.			

- Diploma na studijskom smjeru „urbanizam” („urbanizmus”) koju dodjeljuje Fakultet arhitekture Slovačkog tehničkog sveučilišta (Fakulta architektúry, Slovenská vysoká škola technická) u Bratislavi od 1977. (naziv: Ing. arch.),
- Diploma na studijskom smjeru „visokogradnja” („pozemné stavby”) koju je dodjeljivao Fakultet građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Stavebná fakulta, Slovenská technická univerzita) u Bratislavi od 1977.- 1997. (naziv: Ing.),
- Diploma na studijskom smjeru „arhitektura i visokogradnja” („architektúra a pozemné stavby”) koju dodjeljuje Fakultet građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Stavebná fakulta, Slovenská technická univerzita) u Bratislavi od 1998. (naziv: Ing.),
- Diploma na studijskom smjeru „visokogradnja – specijalizacija: arhitektura” („pozemné stavby - špecializácia: architektúra”) koju je dodjeljivao Fakultet građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Stavebná fakulta, Slovenská technická univerzita) u Bratislavi od 2000. – 2001. (naziv: Ing.),
- Diploma na studijskom smjeru „visokogradnja i arhitektura” („pozemné stavby a architektúra”) koju dodjeljuje Fakultet građevinarstva Slovačkog tehničkog sveučilišta (Stavebná fakulta - Slovenská technická univerzita) u Bratislavi od 2001. (naziv: Ing.),
- Diploma na studijskom smjeru „arhitektura” („architektúra”) koju dodjeljuje Akademija za umjetnost i dizajn (Vysoká škola výtvarných umení) u Bratislavi od 1969. (naziv: Akad. arch. do 1990; Mgr. od 1990. do 1992.; Mgr. arch. od 1992. do 1996.; Mgr. art. od 1997.),
- Diploma na studijskom smjeru „visokogradnja” („pozemné staviteľstvo”) koju je dodjeljivao Fakultet građevinarstva Tehničkog sveučilišta (Stavebná fakulta, Technická univerzita) u Košicama od 1981. – 1991. (naziv: Ing.),

Svim ovim diplomama mora se priložiti:

- ovlaštenje Slovačke komore arhitekata (Slovenská komora architektov) u Bratislavi bez specifikacije područja ili za područje „visokogradnje” („pozemné stavby”) ili „prostornog planiranja” („územné plánovanie”),
- ovlaštenje Slovačke komore građevinara (Slovenská komora stavebných inžinierov) u Bratislavi za područje visokogradnje („pozemné stavby”)

Suomi/Finland	—diplome koje dodjeljuju odjeli za arhitekturu Tehnološkog sveučilišta i Sveučilišta u Oulu (arkkitechti/arkitekt) —diplome koje dodjeljuju instituti za tehnologiju (rakennusarkkitech/bygggnadsarkitekt)	1997./1998.			
Sverige	—diplome koje dodjeljuju Škola za arhitekturu Kraljevskog instituta za tehnologiju, Institut za tehnologiju Chalmers i Institut za tehnologiju na Sveučilištu u Lundu (arkitekt, sveučilišna diploma arhitekture) —potvrda o članstvu u „Svenska Arkitekters Riksförbund” (SAR) ako su osobe završile osposobljavanje u državi na koju se primjenjuje ova Direktiva	1997./1998.			
United Kingdom	—kvalifikacije koje se dodjeljuju nakon polaganja ispita na: —the Royal Institute of British Architects (Kraljevski institut britanskih arhitekata) —školama za arhitekturu na sveučilištima, visokim politehničkim školama, visokim školama, akademijama, školama za tehnologiju i umjetnost, koje od 10. lipnja 1985. priznaje Odbor za registraciju arhitekata Ujedinjene Kraljevine (Architects Registration Council of the United Kingdom) za upis u Registar (Architect) —potvrda da je osoba stekla pravo na profesionalni naziv arhitekt na temelju odjeljka 6(1)a, 6(1)b ili 6(1) Zakona o registraciji arhitekata iz 1931. (Architect) —potvrda da je osoba stekla pravo na profesionalni naziv arhitekt na temelju odjeljka 2. Zakona o registraciji arhitekata iz 1938. (Architect)	1987./1988.			
PRILOG VII.					
Dokumenti i potvrde koji se mogu zahtijevati u skladu s člankom 50. stavkom 1.					
1. Dokumenti					
(a) Potvrda o državljanstvu dotične osobe.					
(b) Kopije potvrda o specijalističkom usavršavanju ili dokaz o formalnim kvalifikacijama koje omogućavaju pristup toj profesiji, te potvrda o stručnom iskustvu osobe, gdje je to primjereno.					
Nadležna tijela države članice domaćina mogu pozvati podnositelje da dostave informacije o svom osposobljavanju u mjeri u kojoj je to potrebno da bi se utvrdilo postojanje mogućih bitnih razlika u odnosu na					

<p>zahtijevano nacionalno osposobljavanje, kako je to utvrđeno u članku 14. Kada podnositelj ne može dati ove informacije, nadležna tijela države članice domaćina obraćaju se kontaktnim točkama, nadležnom tijelu ili drugom odgovarajućem tijelu u matičnoj državi članici.</p> <p>(c) U slučajevima navedenim u članku 16., potvrda o prirodi i trajanju djelatnosti koju izdaje nadležno tijelo u matičnoj državi članici ili u državi članici iz koje dolazi strani državljanin.</p> <p>(d) Ako nadležno tijelo države članice domaćina zahtijeva od osoba koje žele obavljati reguliranu profesiju dokaz o njihovom dobrom karakteru ili ugledu, ili o tome da nisu objavili stečaj, ili kada prekine ili zabrani obavljanje te profesije u slučaju teže povrede pravila struke ili kaznenog djela, ta država članica prihvaća kao dostatan dokaz za državljane države članice koji žele obavljati tu profesiju na njezinom državnom području, predočenje dokumenata koje su izdala nadležna tijela matične države članice ili države članice iz koje dolazi strani državljanin, a koji potvrđuju da su ti zahtjevi ispunjeni. Ta tijela moraju dostaviti tražene dokumente u roku od dva mjeseca.</p> <p>Ako nadležna tijela matične države članice ili države članice iz koje dolazi strani državljanin ne izdaju dokumente navedene u prvom podstavku, ti će se dokumenti zamijeniti izjavom pod prisegom – ili, u državama u kojima nije predviđena izjava pod prisegom, svečanom izjavom koju ta osoba daje pred nadležnim sudskim ili upravnim tijelom, ili kada je to primjereno, pred javnim bilježnikom ili pred kvalificiranim stručnim tijelom matične države članice ili države članice iz koje ta osoba dolazi; takvo tijelo ili javni bilježnik izdaju potvrdu kojom se potvrđuje autentičnost izjave pod prisegom ili svečane izjave.</p> <p>(e) Ako država članica domaćin od svojih vlastitih državljana koji žele početi obavljati reguliranu profesiju traži dokument o njihovom fizičkom ili duševnom zdravlju, ta država članica kao dostatan dokaz prihvaća predočenje dokumenta koji se zahtijeva u matičnoj državi članici. Ako matična država članica ne izda takav dokument, država članica domaćin prihvaća potvrdu koju izdaje nadležno tijelo u toj državi. U tom slučaju nadležna tijela matične države članice moraju izdati traženi dokument u roku od dva mjeseca.</p> <p>(f) Kada država članica domaćin zahtijeva od svojih državljana koji žele započeti obavljati reguliranu profesiju da dostave:</p> <ul style="list-style-type: none"> — dokaz o svom imovinskom stanju, — dokaz da su osigurani od financijskih rizika koji proizlaze iz njihove profesionalne odgovornosti u skladu sa zakonima i propisima koji su na snazi u državi članici domaćinu u vezi s uvjetima i opsegom pokrića, <p>ta država članica prihvaća kao dostatan dokaz potvrdu koju izdaju banke i osiguravajuća poduzeća druge države članice.</p>			
--	--	--	--

2. Potvrde

Kako bi olakšale primjenu glave III. poglavlja III. ove Direktive, države članice mogu propisati da osobe koje ispunjavaju uvjete osposobljavanja, osim dokaza o formalnoj osposobljenosti moraju dostaviti i potvrdu nadležnih tijela matične države članice kojom se potvrđuje da je taj dokaz o formalnoj osposobljenosti upravo onaj koji je obuhvaćen ovom Direktivom.