STUDIJA-PROCJENA MJERILA

|  |
| --- |
| **Podaci o pomagalu:**(zaštićeni naziv, proizvođač, podnositelj prijedloga, prijedlog generičkog naziva) |
| **Redni broj** | **Mjerilo za stavljanje ortopedskog i drugog pomagala (u daljnjem tekstu: pomagalo) na** **liste pomagala Zavoda** | **Odgovori (ispunjava podnositelj prijedloga)** |
| 1. | Postojanje medicinski opravdane indikacije za redovito korištenje pomagala od strane osigurane osobe Zavoda (DA/NE) i navesti prijedlog indikacije/smjernice koja se uzima u obzir prilikom izrade Studije |  |
| 2. | Rezultat koji se očekuje od korištenja pomagala, uključujući kratkoročnu i dugoročnu prognozu obzirom na učinkovitost primijenjenog  pomagala na rezultat liječenja osigurane osobe Zavoda |  |
| 3. | Procjena broja osiguranih osoba Zavoda kojima je potrebno pomagalo obzirom na definiranu medicinsku indikaciju / smjernicu |  |
| 4. | Mogući utjecaji osigurane osobe Zavoda na rezultate korištenja pomagala (DA/NE, ukoliko DA navesti koji) |  |
| 5. | Mogući štetni događaj zbog primjene pomagala (DA/NE, ukoliko DA navesti koji) |  |
| 6. | Navesti pomagala iste namjene koja se nalaze na listama pomagala Zavoda  |  |
| 7. | Navesti načine liječenja koji se koriste u Republici Hrvatskoj i/ili drugim državama članicama Europske unije, uključujući druga pomagala, lijekove, propisanu terapiju i razinu zdravstvene zaštite za istu medicinsku indikaciju  |  |
| 8.  | Predložena količina pomagala potrebnog za liječenje, rok uporabe, ograničenja primjene, obzirom na stručna iskustva u Republici Hrvatskoj, drugim državama članicama Europske unije i smjernicama Hrvatskog liječničkog zbora |  |
| 9.  | Kratkoročni i dugoročni utjecaji troškova pomagala na troškove Zavoda obzirom na uporabu drugih pomagala, zdravstvenih usluga, lijekova koji se odobravaju na teret sredstava Zavoda (navesti koji i koliko) |  |
| 10.  | Utjecaj uporabe pomagala na dostupnost zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (DA/NE, ukoliko DA navesti kako) |  |
| 11.  | Dodatni troškovi pomagala, zdravstvenih usluga i lijekova, koji se istovremeno primjenjuju uz pomagalo(DA/NE, ukoliko DA navesti koji i koliko) |  |
| 12.  | Troškovi pomagala, zdravstvenih usluga i lijekova, koji će izostati zbog uporabe pomagala(DA/NE, ukoliko DA navesti koji i koliko) |  |
| 13. | Trajanje privremene nesposobnosti za rad odnosno skraćivanje vremena privremene nesposobnosti za rad koji će nastati zbog uporabe određenog pomagala(DA/NE, ukoliko DA navesti koliko) |  |