

## **Povjerenstvo za socijalnu politiku**

Na temelju članka 37. Poslovnika o radu Gospodarsko-socijalnog vijeća i njegovih radnih tijela, a u skladu sa člankom 27. Poslovnika, Povjerenstvo za socijalnu politiku na 32. sjednici, održanoj 24. studenoga 2022. godine, razmatralo je **Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.**

Na osnovi rasprave i izjašnjavanja pojedinih članova Povjerenstva usvojeno je sljedeće

### **MIŠLJENJE**

1. Povjerenstvo za socijalnu politiku primilo je na znanje Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.
2. Ovom mišljenju prilaže se izdvojeno mišljenje Hrvatske udruge poslodavaca.
3. Ovom mišljenju prilaže se izdvojeno mišljenje Saveza samostalnih sindikata Hrvatske, Nezavisnih hrvatskih sindikata i Matice hrvatskih sindikata.
4. Ministarstvo zdravstva pisano će se očitovati na dostavljene primjedbe i prijedloge socijalnih partnera na Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

### **IZDOJENO MIŠLJENJE HRVATSKE UDRUGE POSLODAVACA**

**Vežano uz članak 34.** Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju smatramo da ukoliko osigurana osoba želi kvalitetniju skrb (npr. bolje stentove, umjetna koljena ili kukove) treba imati mogućnost plaćanja razlike između standarda HZZO-a (utvrđenog u članku 33.) i željenog standarda ako ga ugovorna ustanova želi i može ponuditi (tzv. doplata za nadstandard). Prvo bi trebalo napraviti katalogizaciju svih usluga što bi bio temelj za uspostavu sustava nadstandarda, procjenu troškova i konačne odluke o razini usluge koja će bit pokrivena preko HZZO-a. Potražnja za nadstandardom zdravstvenih usluga trebala bi se pretežno kanalizirati preko dobrovoljnih (dodatnih) zdravstvenih osiguranja, a manje preko izravnih plaćanja „iz džepa“ građana (engl. out of pocket). Uloga i smisao dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i jest u tome da preuzme dio potražnje za zdravstvenim uslugama radi smanjenja opterećenja i pritiska na javno zdravstvo. Uvođenje dopune plaćanja za nadstandard potaklo bi potražnju za dodatnim osiguranjima te utjecalo na proširenje ponude. Na ovaj način bi se moglo utjecati na ostvarivanje nekoliko ciljeva. Osim stabilizacije financija i povećanja kvalitete zdravstvenih usluga, uvođenje sustava nadstandarda značajno bi doprinijelo uspostavi sustava ekonomskih cijena u zdravstvu.

**Primjedbe na pojedine članka Prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranje**

**Vežano uz članak 8. Prijedloga** smatramo da radi jednake dostupnosti zdravstvene usluge, nužno je svim osiguranicima obveznog zdravstvenog osiguranja omogućiti korištenje usluge pod jednakim uvjetima kako u javnom tako i u privatnom zdravstvenom sektoru. Glede nastalog troška, nužno je refundirati trošak nastao osiguraniku ukoliko je usluga pružena izvan mreže javnog zdravstva s obzirom na izdvajanja za obvezne doprinose čime se osiguranicima mora zajamčiti sloboda izbora ustanove u kojoj ostvaruju zdravstvenu zaštitu.

Kako je navedeno u obrazloženju Prijedloga, predviđeno je, između ostalog povećanje minimalnog iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge, kao i povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite s ciljem da se povećaju prihodi pružatelja zdravstvene zaštite za 125 mil. kn godišnje. Skrećemo pozornost da će minimalni iznosi sudjelovanja tako u prosjeku rasti preko 33%, dok maksimalni iznos sudjelovanja raste čak 100% (sa 2.000,00 kn na 4.000,00 kn). Navedeno povećanje značajno će utjecati na standard hrvatskih građana, posebno, ali ne isključivo, onih koji nemaju sklopljeno dopunsko zdravstveno osiguranje. Osim što se radi o povećanju značajno iznad već visoke stope inflacije, isto dodatno potencira buduću inflaciju, što zasigurno nije u interesu hrvatskih građana, a vjerujemo niti u interesu ministarstva.

Prema preliminarnim procjenama pojedinih osiguratelja sudionika na tržištu dopunskog zdravstvenog osiguranja govore o povećanju izdataka za štete dopunskog zdravstvenog osiguranja od 15% do 20%. S obzirom na iznos iz obrazloženja prijedloga ZOZO-a (125 mil. HRK), može se u grubo protumačiti da će se i štete HZZO-a za dopunsko zdravstveno osiguranje povećati preko 10% (uz ogradu o metodologiji i pretpostavkama procjene iz prijedloga ZOZO). Ukoliko bi se izmjene i dopune ZOZO usvojile u predloženom obliku, došlo bi do značajnog povećanja izdataka za štete i HZZO-u i svim osigurateljima u tolikoj mjeri da pravila aktuarske i osigurateljne struke dovode do potrebe povećanja cijena. Ovakva nagla povećanja šteta dopunskog zdravstvenog osiguranja protivna su prirodi osigurateljnog poslovanja koja proizlazi iz obveznih odredbi Zakona o obveznim odnosima. Naime, ugovaratelji dopunskog zdravstvenog osiguranja sklapaju ugovore o osiguranju kroz kalendarsku godinu pod određenim uvjetima i cijenama te oni prestaju istekom u različitim mjesecima i danima svake godine. Stoga, zbog ovakvog povećanja izdataka za štete, svim osiguranicima dopunskog zdravstvenog osiguranja, bilo HZZO-a ili osiguratelja, prijeti nužno povećanje cijena dopunskog zdravstvenog osiguranja usred osigurateljnog razdoblja na što osiguranici građani RH nisu računali kada su sklapali ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Takvo postupanje bi nepotrebno i negativno utjecalo na stabilnost i povjerenje u financijski i zdravstveni sustav Republike Hrvatske. Samo društva za osiguranje imaju više od 550 tisuća osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja te se stoga osnovano postavlja pitanje zaštite njihovih interesa kao potrošača, budući da se intervencijom predlagatelja zakona mijenjaju uvjeti tijekom trajanja već ranije ugovorenih osigurateljnih pokrića.

Dodatno, predloženim izmjenama ZOZO-a, kada se ne bi odredilo i odgođeno stupanje na snagu predmetnih povećanja, društvima za osiguranje se otežava ili onemogućuje pravovremeno usklađenje s odredbama Zakona o osiguranju (članak 91.) koje nalažu kvalitetno upravljanje rizicima te obvezu formiranja dostatne premije osiguranja i tehničkih pričuva, što nadzire Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga.

Stoga predlažemo odustajanje od svih prijedloga za povećanja iznosa sudjelovanja po svim vidovima troškova zdravstvene zaštite. Posebno skrećemo pozornost predlagatelju da svakako nije prihvatljivo bilo kakvo povećanje u dijelu „specijalističke dijagnostike koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite“ budući da bi takva odredba značajno smanjila obavljanje niza dijagnostičkih procedura preventivne prirode što bi narušilo zdravstveni standard i zdravlje hrvatskih građana, te u konačnici prouzročilo dodatne i puno veće troškove liječenja.

S druge strane, ukoliko se predlagatelj ipak odluči na određena povećanja iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (osim spec. dijagnostike koja nije na primarnoj razini zdravstvene zaštite, gdje nikakvo povećanje nije prihvatljivo) smatramo potrebnim odrediti da se stupanje na snagu tih odredbi odgodi do 1. siječnja 2024. kako bi se i svi osiguranici/građani mogli pravovremeno prilagoditi na nove uvjete. U protivnom, ovako drastičnom promjenom uvjeta ugrožavaju se prava osiguranika i potrošača.

Sukladno navedenom potrebno je izmijeniti i **članak 61. Prijedloga** da glasi

„Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“, osim članka 19. stavaka 3. i 5. koji su izmijenjeni člankom 8. ovoga Zakona koji stupaju na snagu 1. siječnja 2024. godine.“

**U člancima 9., 10. i 11. Prijedloga** pozdravljamo izmjenu koja je prihvaćena nakon e-savjetovanja

**U članku 15. Prijedloga** kojim se mijenja članak 35. zakona, predlažemo u članku 35. stavak 2. dodati rečenicu koja glasi:

„Ugovorni subjekt Zavoda dužan je osigurati provođenje naplate troškova zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka bez obračuna dodatnih naknada.“

Kako bi se izbjegle situacije u kojima provoditelji zdravstvene zaštite preferiraju naplatu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u gotovini od osigurane osobe umjesto putem dopunskog zdravstvenog osiguranja te kako bi se izbjeglo uvođenje naknade za naplatu sudjelovanja putem dopunskog zdravstvenog osiguranja, predlažemo se dopuna zakona na način da je provoditelj zdravstvene zaštite dužan osigurati provođenje naplate sudjelovanja i to bez obračuna dodatnih naknada prema osiguranoj osobi ili osiguratelju. Predloženom odredbom osigurava se da osiguranici/potrošači nemaju nikakve dodatne troškove prilikom korištenja svojih prava iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Na taj način se štite prava osigurane osobe kao potrošača koji ima na raspolaganju pod jednakim uvjetima oba modela plaćanja sudjelovanja.

## **IZDVOJENO MIŠLJENJE NEZAVISNIH HRVATSKIH SINDIKATA, SAVEZA SAMOSTALNIH SINDIKATA HRVATSKE I MATICE HRVATSKIH SINDIKATA NA PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA OVRŠNOG ZAKONA**

Zakonom o zdravstvenom osiguranju uređuju se, između ostalog, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze obvezno osiguranih osoba, stoga smo mišljenja kako bi sam Zakon trebao biti prohodniji i jasniji kako bi svim osiguranicima bilo jasno koja su njihova prava i obveze iz zdravstvenog osiguranja. Mnogi osiguranici ne ostvaruju svoja prava jer nisu upoznati s istima, odnosno prepušteni su na dobru volju liječnika hoće li im reći koja prava imaju i na koji način ih mogu ostvariti. Potrebno je pronaći način na koji bi svi osiguranici na jednaki način dobili sve informacije o svojim pravima i obvezama iz zdravstvenog osiguranja. Napominjemo kako, sukladno članku 17. stavku 3. Jedinstveno metodološko-nomotehničkih pravila za izradu akata koje donosi Hrvatski sabor, nije dopušteno utvrditi ovlaštenje prema kojemu bi se nižim, podzakonskim aktom propisivali uvjeti pod kojima se ostvaruju prava ili izvršavaju obveze ili uvjeti za obavljanje određene djelatnosti jer to može biti samo sadržaj zakona (članci 6 i 14. Nacrta prijedloga zakona). U tom smislu, potrebno je uvjete za ostvarivanje prava propisanih Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, odrediti samim Zakonom, a ne pravilnikom ili aktom Zavoda.

Neprihvatljivo je prebacivanje reguliranja iz zakonskih tekstova u podzakonske akte (pravilnici, opći akti Zavoda) jer se na taj način smanjuje jasnoća i transparentnost ostvarivanja prava iz zdravstvenog osiguranja.

**Sindikalne središnjice smatraju potrebnim istaknuti kako je po ovoj temi izostao socijalni dijalog. Budući da su održana samo dva sastanka Radne skupine za izradu izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, predstavnici sindikalnih središnjica, kao ni ostali članovi Radne skupine, nisu dobili priliku za kvalitetnu i argumentiranu raspravu. Stoga sindikalne središnjice u nastavku izdvojenog mišljenja daju primjedbe na konkretne članke Zakona:**

**Članak 7. (čl. 18.)**

Potrebno je propisati kako se mjere zdravstvene zaštite javno objavljuju. U stavku 2. predlažemo zadržati postojeće rješenje kojim je određeno kako mjere zdravstvene zaštite donosi ministar nadležan za zdravstvo, na prijedlog Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora jer se na predloženi način primjena mjera zdravstvene zaštite deregulira.

**Članak 8. (čl. 19.)**

Mišljenja smo kako je potrebno naglasiti pravovremenost zdravstvene zaštite. Ako zdravstvena zaštita nije pravovremeno pružena, onda kao da je i nema.

Također, predlažemo dopuniti točku 10. stavka 2. na način da se dodaju i akutne psihijatrijske bolesti.

U vezi najvišeg iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite po jednom ispostavljenom računu za izvršenu uslugu, mišljenja samo kako je potrebno uzeti u obzir osiguranike koji su zbog nemogućnosti pružanja usluge u jednoj bolnici upućeni u drugu bolnicu te im je izdano više računa. Za osiguranike usluga treba biti jednaka, međutim ne mogu se stavljati u nepovoljniji položaj osiguranici koji ne plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje, a koji žive na područjima gdje bolnice ne pružaju sve usluge, u odnosu na osiguranike koji ne plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje, a koji mogu dobiti sve potrebne usluge unutar četiriju velikih zdravstvenih centara. Slažemo se kako treba poticati osiguranike na plaćanje dopunskog zdravstvenog osiguranja, međutim ovakvo rješenje je, iako naizgled neutralno, diskriminirajuće za osiguranike koji žive izvan velikih zdravstvenih centara i ne mogu dobiti cjelokupnu zdravstvenu zaštitu na jednom mjestu.

**Članak 11. ( čl. 21.)**

Nije jasno koja je svrha registra osim statistike. Što se radi s podacima o potrošnji lijekova i rezultatima mjerenja ishoda liječenja lijekovima koji su odobreni sukladno stavicima 2.,3. i 4. predmetnog članka? Isto tako nije jasno kojim alatima se mjere ishodi liječenja.

**Članak 14. (čl. 33.)**

Predlažemo da i dalje ostane i prethodna suglasnost komora za donošenje standarda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Također predlažemo, radi jasnoće i sigurnosti, propisati kako se standardi i normativi zdravstvene zaštite javno objavljuju, bilo u Narodnim novinama ili web stranicama Zavoda ili Ministarstva.

**Članak 19. (čl. 46.)**

Ne protivimo se kontroli bolovanja te smo protiv bilo kakvih zlouporaba bolovanja, međutim problematiziramo pravo ovlaštenih osoba za provođenje kontrole privremene nesposobnosti za rad na zaključenje iste. Naime, mišljenja samo kako isto rješenje može dovesti do neopravdanog zaključivanja privremenih nesposobnosti za rad u trenucima kada se u Zavodu procijeni kako previše osoba koristi bolovanje na teret Zavoda. Isto tako postavlja se pitanje stručnosti ovlaštene osobe za provođenje kontrole iz područja medicine zbog kojeg je osiguraniku određena privremena nesposobnost za rad (npr. gastroenterolog odlučuje o području mišićno-koštanih poremećaja).

Nadalje, izmjenama članka u **stavku 9.** sada se daje mogućnost poslodavcu da iznimno u opravdanim slučajevima, kada ima saznanja ili opravdanu sumnju na zlouporabu privremene

nesposobnosti osiguranika, za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti za rad, zahtijeva od Zavoda kontrolu privremene nesposobnosti za rad osiguranika. Koji su to iznimno opravdani slučajevi? Mora li poslodavac dokazivati svoja saznanja ili opravdanu sumnju na zlouporabu, odnosno na koji način će isto dokazivati, tj. kako će obrazložiti svoj zahtjev za kontrolom?

#### **Članak 20. (čl. 47.)**

Potrebno je jasno propisati tko će izdati rješenje u upravnom postupku jer se isto iz predloženog, a ni postojećeg rješenja ne vidi. Isto tako, potrebno je odrediti tko će upoznati osiguranika s njegovim pravom na zahtjev za donošenje rješenja. Također, potrebno je propisati i pravo žalbe na isto rješenje. Iz ovako određenog članka stvarno nije jasno na koji način bi osiguranik trebao postupiti.

Također, smatramo kako se hitnost postupka iz stavka 2. treba odnositi i na postupke u stavku 3.

#### **Članak 27. (čl. 54)**

Smatramo kako je potrebno zadržati postojeće rješenje (st.7. i 8.) prema kojem se određuje povećanje osnovice za utvrđivanje naknade plaće sukladno porastu plaće zaposlenih u RH, ako je taj porast veći od 5%, u slučaju kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno dulje od tri mjeseca. Ne vidimo razlog za ukidanje navedenog usklađivanja.

#### **Članak 28. (čl. 55.)**

Smatramo nužnim povećati minimum mjesečnog iznosa za puno radno vrijeme na način da naknada ne može biti niža od 50% proračunske osnovice (3.326,00 kn:2=1.663,00 kn).

Isto tako, smatramo nužnim povećati visinu najvišeg mjesečnog iznosa naknade plaće na teret sredstava Zavoda za puno radno vrijeme. Predlažemo maksimalni iznos naknade plaće povećati na 7.500,13 odnosno na 225,5% proračunske osnovice (3.326,00knx225,%=7.500,13 kn), što vežemo za prijedlog povećanja iznosa naknade plaće koja se isplaćuje za vrijeme korištenja roditeljskog dopusta prema novom Zakonu o roditeljnim i roditeljskim potporama.

Također, predlažemo povećanje visine najniže naknade i to na 50% proračunske osnovice u **članku 58. Zakona.**

#### **Članak 65. Zakona**

Najniža cijena i najkraća relacija nisu nužno u korelaciji za isti organizirani javni prijevoz, ali zalažemo se da se uvijek poštuje jedan od navedenih kriterija, ukoliko je taj prijevoz organiziran, tako da osiguraniku omogućava korištenje zdravstvene zaštite.

#### **Članak 33. (čl. 72.)**

Protivimo se izbacivanju prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine, s obzirom kako je dokazano da iste uzrokuju mnoge bolesti te bi te prihode trebalo i koristiti u zdravstvenom sustavu za liječenje.

**Zamjenica koordinatore Povjerenstva**

**Marijana Filipić, v. r.**