**TABLICA KOMENTARA I PRIMJEDBI ZAPRIMLJENIH ELEKTRONSKIM PUTEM NA**

**NACRT PRIJEDLOGAZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naziv tijela/osobe koja je dostavilo primjedbu/ prijedlog** | **Primjedba/ prijedlog** | **Obrazloženje primjedbi/ prijedloga koji nisu prihvaćeni** |
| HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO | Predlaže se brisanje članka 4. u predmetnom Nacrtu prijedloga Zakona.  OBRAZLOŽENJE:  Općim aktom Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, odnosno aktom javne ustanove koja je ujedno i osiguravatelj, ne smije se odlučivati o opsegu te ograničavati opseg prava na zdravstvenu zaštitu kao što je predloženo člankom 4., jer je navedeno isključivo u nadležnosti Republike Hrvatske. Naime, za navedeno je zakonodavac kroz Zakon o zdravstvenoj zaštiti (članak 18.) obvezao Hrvatski zavod za javno zdravstvo i nadležne komore.  Ovakvim prijedlogom članka 4. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je doveden u neposredan sukob interesa jer iz navedenog proizlazi da ista ustanova koja upravlja sredstvima osiguranika odlučuje što će i u kojoj mjeri platiti.  Uvažavamo da je intencija ovog članka racionalizacija potrošnje koja će ujedno dugoročno omogućiti jednakost i pravičnost u zdravstvenoj zaštiti, odnosno dostupnost svima jednakog opsega usluga ovisno o potrebama. Zbog toga predlažemo da se, uz izostavljanje članak 4. u ovom Nacrtu prijedloga Zakona, izradi Plan i program mjera zdravstvene zaštite, prema proceduri utvrđenoj članom 18. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, kojim će se utvrditi razina nužnosti u osiguravanju pojedinih mjera i postupaka zdravstvene zaštite kroz obvezno zdravstveno osiguranje.Ukazujemo da je Hrvatski zavod za javno zdravstvo, u suradnji sa stručnim društvima Hrvatskog liječničkog zbora 2014. godine izradio prijedlog Plana i programa mjera zdravstvene zaštite, koji sadrži navedene razine nužnosti ali i vremensko kadrovske normative, a koji bi imajući u vidu protek vremena trebalo novelirati u suradnji sa nadležnim komorama i stručnim društvima. Ovaj prijedlog plana i program iz 2014. godine dostavljen je i u Ministarstvo zdravlja RH. | **PRIMLJENO NA ZNANJE**  Važeća odredba članka 18. stavka 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, koja se člankom 4. prijedloga Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju briše propisivala je na koji se način utvrđuju mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja međutim ne i tko ih utvrđuje. Naime, prema važećem Zakonu mjere zdravstvene zaštite iz stavka 2. članka 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju utvrđuju se na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravlje na prijedlog Zavoda i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima. Dakle, mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja donose se na temelju plana i programa mjera koje donosi ministar nadležan za zdravlje u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, a koji obuhvaća plan i program mjera zdravstvene zaštite za cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske uključujući i mjere koje se osiguravaju u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod). Plan i program mjera koji donosi ministar nadležan za zdravlje šireg je opsega i šireg kruga osoba na koji se odnosi od mjera koje se utvrđuju u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. S tim u vezi u dijelu koji se odnosi na davanje prijedloga Zavoda u donošenju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koji donosi ministar nadležan za zdravlje iz članka 18. stavka 3. Zakona radi se o dijelu koji Zavod može dati u okviru svoje nadležnosti i odnosi se samo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.  S obzirom da su u pitanju mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koje se osiguravaju iz sredstava Zavoda u skladu s utvrđenim standardom prava na zdravstvenu zaštitu i u okviru osiguranih sredstava predlažemo da isto utvrdi Upravno vijeće Zavoda općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje. |
| HRVATSKI ZAVOD ZA TELEMEDICINU | U Konačnom prijedlogu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju iza članka 6. dodaje se članak 7. koji glasi:  U članku 35. dodaje se novi stavak 5. koji glasi:  "U troškovima zdravstvene zaštite za pružene telemedicinske usluge u okviru osnovne mreže telemedicinskih centara osiguranici nisu obvezni sudjelovati za sljedeće oblike zdravstvene zaštite u okviru utvrđenoga standarda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja:  1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,  2. laboratorijsku, radiološku i drugu specijalističku dijagnostiku na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.".  Dosadašnji članci 7., 8., 9., 10., 11., 12.,13. i14. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju postaju članci 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14. i 15.  OBRAZLOŽENJE:  Naplata telemedicinskih usluga pruženih u telemedicinskim centrima uključenim u osnovnu mrežu telemedicinskih centara vrši se od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje sukladno ugovoru između njih. Troškove sudjelovanja u zdravstvenoj zaštiti u smislu participacije od strane korisnika prava obveznog zdravstvenog osiguranja potrebno je regulirati odgovarajućim propisima kako bi se naplata izvršavala samo na jednom mjestu, tj. telemedicinskom pristupnom centru te bi korisnici prava obveznog zdravstvenog osiguranja bili oslobođeni od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koju pruža telekonzultant u telemedicinskom specijalističkom centru.  Naime, predlažemo da osiguranici nisu obvezni sudjelovati, u troškovima zdravstvene zaštite za pružene telemedicinske usluge u okviru osnovne mreže telemedicinskih centara, za sljedeće oblike zdravstvene zaštite u okviru utvrđenoga standarda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja: a) specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i b) laboratorijsku, radiološku i drugu specijalističku dijagnostiku na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.  Cilj predloženih mjera je spriječiti dvostruku naplatu participacije (sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite) za pružene zdravstvene usluge. Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite se već naplaćuje bolesnicima u telemedicinskim pristupnim centrima. Naplaćivanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u telemedicinskim specijalističkim centrima predstavlja ponovnu naplatu participacije za iste zdravstvene usluge.  Budući se telemedicinska usluga prima putem telemedicinskih centara u zdravstvenim ustanovama, a koja mjesta su međusobno udaljena, prema trenutnim propisima primjenjuje se dvostruka naplata troškova sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za zdravstvene usluge koje pružaju doktori medicine specijalisti (pružatelji usluga), slijedom čega su pacijenti dovedeni u nepovoljan položaj. Isto tako trenutna situacija onemogućava sustavno obavljanje djelatnosti telemedicine uslijed nepostojanja mehanizama i mogućnosti naplate participacije na dvije strane te se predložene mjere smatraju potrebnim i opravdanim. | **PRIMLJENO NA ZNANJE**  Navedeno nije predmet zakonskog uređenja, već se radi o problematici organizacijsko-tehničke prirode. |
| PUČKI PRAVOBRANITELJ | Ukazujući na potrebu uspostave financijske stabilnosti sustava obveznog zdravstvenog osiguranja i poboljšanja položaja osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO), kao razlozi za izmjenu Zakona obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon) navode se donošenje plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koji bi trebao biti usklađen s osiguranim financijskim sredstvima, omogućavanje preciznijeg planiranja potrebnih medicinskih usluga u okviru zdravstvenog standarda samo za osigurane osobe HZZO-a iz obveznog osiguranja, povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite, uvođenje obveze osigurane osobe da osobno snosi trošak ili dio troška zdravstvene zaštite koju je zatražila u hitnom bolničkom prijemu iako nije predstavljala hitnu medicinsku pomoć, osiguranje zdravstvene zaštite iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja osiguranim osobama oboljelim od akutne psihijatrijske bolesti kao i terminološko usklađenje sa odredbama Zakona o mirovinskom osiguranju, Zakona o životnom partnerstvu i Zakona o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu.  Međutim, detaljna i dubinska analiza financijskih učinaka predloženih zakonskih izmjena na građane, a naročito na socijalno osjetljive skupine (umirovljenike, starije osobe, teško oboljele, ili osobe slabijeg imovnog stanja) nije provedena, niti je razvidno koliko će predložene zakonske izmjene doprinijeti uravnoteženijem financijskom poslovanju obaveznog zdravstvenog osiguranja. Osim toga, nije učinjena ni analiza predloženih izmjena u odnosu na opseg, kvalitetu, dostupnost i pravodobnost zdravstvene zaštite kao niti u odnosu na njihov utjecaj na poboljšanje položaja osiguranih osoba HZZO-a.  Razlozi za donošenje Zakona po hitnom postupku nisu dostatno obrazloženi, jer bez dubinske analize financijskih učinaka predloženih zakonskih izmjena na sve dionike u sustavu zdravstva, osobito opravdani razlozi nisu razvidni.  Iako se u Obrascu prethodne procjene od 11. travnja 2016. godine navodi da normativno rješenje neće imati značajni financijski učinak niti će utjecati na tržišno natjecanje i neće imati utjecaj na državni proračun, predložene zakonske izmjene, poglavito povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite, zasigurno će imati učinak na građane, odnosno njihovu financijsku situaciju.  Člankom 4. Zakon, utvrđivanje mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja stavlja se u nadležnost Upravnog vijeća HZZO-a.  Predložena odredba u suprotnosti je sa člankom 98. Zakona kojim su navedene nadležnosti HZZO-a sukladno kojem HZZO samo predlaže opseg prava na zdravstvenu zaštitu ministru nadležnom za zdravstvo, dok je utvrđivanje tih mjera u nadležnosti ministra.  S obzirom da je HZZO tijelo/osiguravatelj u čijoj je nadležnosti organizacija i provedba poslova vezanih uz ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (a ne njihovo utvrđivanje), predloženo proširenje ovlasti HZZO-a otvara i pitanje mogućeg sukoba interesa.  Naime, predloženim izmjenama bi se Upravnom vijeću HZZO-a omogućilo da restriktivnim utvrđivanjem mjera HZZO-a pogoduje isključivo financijskim interesima HZZO-a kao osiguravatelja i to na štetu javnog zdravstva.  Nedopustivo je da iz postupka utvrđivanja mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja budu isključeni Zavod za javno zdravstvo te nadležne komore u sustavu zdravstva, odnosno da o tome odlučuje samo osiguravatelj.  Nadalje, iz teksta Ocjene stanja i osnovnih pitanja koja se uređuju predloženim zakonskim izmjenama, može se zaključiti da će tako donesenim planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja biti sužen krug osoba i opseg zdravstvene zaštite u odnosu na važeći Plan i program, koji obuhvaća zdravstvenu zaštitu za sve stanovnike Republike Hrvatske i širi opseg zdravstvene zaštite. To dovodi u pitanje pozitivne učinke na ostvarivanje prava osiguranih osoba, kao i bolju zdravstvenu zaštitu u okviru zdravstvenog standarda.  Člankom 5. povećava se maksimalan iznos sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite, bez da je učinjena analiza financijskog učinka na sve dionike u zdravstvenom sustavu, a naročito na pacijente.  Člankom 6. omogućava se naplata zdravstvene zaštite koja je korištena u hitnom prijemu na zahtjev osigurane osobe, ukoliko nije predstavljala hitnu medicinsku pomoć. Zakonom je hitna medicinska pomoć definirana kao pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje. U skladu s navedenom definicijom, od osigurane osobe ne može se očekivati da sama može procijeniti radi li se u slučaju njene bolesti o neposrednoj opasnosti za život, međutim, logično je za zaključiti da se hitnoj obraćaju osobe čije je zdravlje ugroženo, odnosno čije je zdravlje u neposrednoj opasnosti. Da bi se utvrdilo radili se o neposrednoj opasnosti za život, potreban je dijagnostički postupak od strane liječnika, a nakon čega se takva opasnost može, sa relativnom sigurnošću otkloniti.  U skladu s tim, a radi onemogućavanja zlouporaba i neopravdanih naplata pružene pomoći u hitnom prijmu, liječnicima u jedinici bolničkog hitnog prijama trebalo bi propisati obvezu izdavanja pisane povijesti bolesti ili otpusnog pisma u kojem će izrijekom, uz potpis nadležnog liječnika, stajati stručno mišljenje kako stanje s kojim se osigurana osoba obratila hitnom prijemu ne predstavlja neposrednu opasnost za život odnosno za zdravlje. Jedino će se na taj način, a u kontekstu intenzivne štednje u zdravstvenom sustavu, osigurane osobe zaštiti od zlouporaba i manipulacije s naplatom pružene zdravstvene usluge u hitnom prijemu.  Kako je Zakonom propisano da se pravo na zdravstvenu zaštitu osigurava pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe, umjesto ograničavanja mogućnosti korištenja hitne medicinske pomoći i njene naplate, potrebno je drugim mjerama u bolničkom sustavu provesti racionalizaciju korištenja hitnog bolničkog prijema uz osiguranje kvalitetne, dostupne i pravodobne zdravstvene zaštite. | **PRIMLJENO NA ZNANJE**  Važeća odredba članka 18. stavka 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, koja se člankom 4. prijedloga Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju briše propisivala je na koji se način utvrđuju mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja međutim ne i tko ih utvrđuje. Naime, prema važećem Zakonu mjere zdravstvene zaštite iz stavka 2. članka 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju utvrđuju se na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravlje na prijedlog Zavoda i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima. Dakle, mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja donose se na temelju plana i programa mjera koje donosi ministar nadležan za zdravlje u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, a koji obuhvaća plan i program mjera zdravstvene zaštite za cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske uključujući i mjere koje se osiguravaju u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod). Plan i program mjera koji donosi ministar nadležan za zdravlje šireg je opsega i šireg kruga osoba na koji se odnosi od mjera koje se utvrđuju u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. S tim u vezi u dijelu koji se odnosi na davanje prijedloga Zavoda u donošenju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koji donosi ministar nadležan za zdravlje iz članka 18. stavka 3. Zakona radi se o dijelu koji Zavod može dati u okviru svoje nadležnosti i odnosi se samo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.  S obzirom da su u pitanju mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koje se osiguravaju iz sredstava Zavoda u skladu s utvrđenim standardom prava na zdravstvenu zaštitu i u okviru osiguranih sredstava predlažemo da isto utvrdi Upravno vijeće Zavoda općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.  Nadalje, cijene zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja tijekom 2014. i 2015. godine višekratno su povećavane kako bi u cijeni zdravstvene zaštite bio uračunat realan trošak lijekova, materijala i rada, posebice u dijelu specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite što je rezultiralo povećanim rashodom sredstava na ime troškova najskuplje zdravstvene zaštite. Budući da je propisani iznos sudjelovanja od 20% pune cijene zdravstvene zaštite nominalno daleko premašuje maksimalno propisani iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite od 60,13 proračunske osnovice, odnosno 2.000,00 kuna, zbog čega se propisani maksimalni iznos sudjelovanja pokazuje nerealnim u odnosu na nastalu situaciju. Napominje se ovim prijedlogom povećava samo maksimalni iznos sudjelovanja po jednom ispostavljenom računu za pruženu zdravstvenu zaštiti, dok iznosi sudjelovanja za pojedine oblike zdravstvene zaštite propisani člankom 19. stavkom 3. Zakona nisu povećavani.  Napominjemo, Ured za zakonodavstvo Vlade Republike Hrvatske razmotrio je Obrazac prethodne procjene i utvrdio da je izrađen sukladno prethodnom postupku procjene učinaka propisa te je u skladu s minimalnim standardima kvalitete sadržaja obrasca. Obrascem prethodne procjene za Nacrt prijedloga zakona nisu utvrđeni učinci koji bi zahtijevali daljnju analizu u postupku procjene učinaka propisa. |