

# Izvješće o provedenom savjetovanju - Savjetovanje o Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, s Konačnim prijedlogom Zakona

Korisnik/Sekcija/Komentar	Odgovor
<p><b>Udruga roditelja djece s oštećenjem vida i dodatnim poteškoćama u razvoju OKO</b> <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA</b></p> <p>Poštovani, Sadašnjim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju u članku 127 utvrđeno je da u postupcima priznavanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja sudjeluju Liječnička povjerenstva Zavoda. Tako za pravo na liječenje u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju, pravo na fizikalnu terapiju u kući, određena ortopedska pomagala i slično, svoju ocjenu treba dati tročlano liječničko povjerenstvo. Kako kod nas nema dovoljno liječnika tako ih očito nedostaje i u HZZO, pa se na takva odobrenja čeka neopravdano dugo. Zašto barem neka od ovih prava ne bi odobravao jedan doktor, a ne njih tri? Sve bi išlo brže. Napominjemo da je do prije par godina tako i bilo, ortopedska pomagala, fizikalnu terapiju, kućnu njegu, sve je odobravao jedan ovlašteni doktor. Stoga predlažemo da se Zakonom, osim liječničkog povjerenstva za odobravanje pojedinih prava predvidi i doktor vještak, odnosno da ta prava odobrava pojedinac, a ne tročlano povjerenstvo.</p>	<p><b>Prihvaćen</b> Prihvaćen.</p>
<p><b>Udruga roditelja djece s oštećenjem vida i dodatnim poteškoćama u razvoju OKO</b> <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA</b></p> <p>Trenutno JTV ima preko 37.000 neriješenih slučajeva, jednim značajnim dijelom i zbog uložениh žalbi roditelja djece s teškoćama u razvoju koja smatraju da se status njihove djece nije ispravno vještačio. Ukidanjem obaveze da vještak bude specijalist, broj loše vještačenih djela će se drastično povećati i ova izmjerna neće uopće imati efekta. Mišljenja smo da će se ovakvom odlukom značajno narušiti kvaliteta vještačenja, povećati broj neriješenih slučajeva, tako da ova mjera neće donijeti nikakvu korist. Zanima nas da li se je napravila analiza povećanja neriješenih slučajeva i koji su koraci (osim ovog prijedloga koji smatramo veoma lošim) napravljeni prije ovog prijedloga. Ne mislimo da zapošljavanje novih vještaka neće utjecati na sredstva jer za svako vještačenje vještak dobiva naknadu</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b> Navedeno nije predmet Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.</p>

**Vlasta Zajic Stojanović**

**PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA  
ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM  
OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM  
ZAKONA**

Nekoliko komentara HLZ-Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja na "stare", već postojeće članke: Čl. 21. definira da je specijalist ugovorne bolničke ustanove, u slučaju kada osiguranoj osobi predloži liječenje lijekom iz stavka 2. i 3. (kada lijek nije na listi lijekova Zavoda ili ne zadovoljava smjernice liste lijekova), obavezan uputiti prijedlog Povjerenstvu za lijekove bolničke zdravstvene ustanove, na teret sredstava te ustanove. Kako pacijentu omogućiti lijekove koji nisu na listi, a u širokoj su svakodnevnoj primjeni, preporučuju se po bolničkom specijalisti svakodnevno, i niske su cijene koštanja (npr. Faktu mast)? Po sadašnjem Zakonu i važećim pravilnicima, ugovorni doktori i doktori zaposlenici bolničkih ugovornih ustanova dužni su se pri propisivanju ali i pri preporučivanju lijekova držati liste lijekova Zavoda, a tzv. "privatni" recepti ne postoje niti u jednom pravilniku koji utvrđuje zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Ovako ispada da se Faktu mast, Analgin ili bilo koji lijek koji ima oznaku R (propisuje se na recept i bez njega se u ljekarni ne bi smio izdati) mora nabaviti putem bolničkog povjerenstva za lijekove ili pak, u nalazu ugovornog doktora, uopće ne smije preporučiti osiguranoj osobi. Predlažemo izmjenu članka 47, na način da osiguranik može izjaviti prigovor na utvrđivanje, neutvrđivanje i utvrđivanje prestanka privremene nesposobnosti za rad po izabranom doktoru. Prigovor zbog neutvrđivanja privremene nesposobnosti za rad, odnosno utvrđivanja njezinog prestanka mora biti podnesen istoga ili najkasnije slijedećeg radnoga dana, kada je izabrani doktor odbio osiguraniku utvrditi radnu nesposobnost, odnosno kada je utvrdio njezin prestanak. Prijedlog je preispitati čl. 52. Zakona koji određuje da osiguranici po isteku 18 mjeseci privremene nesposobnosti osnovom iste dijagnoze bolesti ostvaruju pravo na 50 % naknade plaće na ime iste (s rijetkim izuzecima). Ako uzmemo u obzir da je populacija teško bolesnih, nesposobnih za posao, invalida (ponekad nesposobnih i za samozbrinjavanje), najosjetljivija kategorija stanovništva (uz djecu i trudnice), dok se ne riješi kako nadoknaditi razliku naknade plaće teško bolesnima na dugom bolovanju, a do umirovljenja, upitna je sukladnost ovoga članka s ustavnim odredbama RH, pa i odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i principom solidarnosti. Jasno je da osiguravatelj ne može i ne mora omogućiti naknadu za cijelo vrijeme trajanja privremene nesposobnosti za rad u punom iznosu, i da naknade u svojoj biti nisu zdravstveni trošak, no država bi morala iznaći načina da razliku, prema punoj naknadi primanja, osobama koje ga u tom momentu najviše trebaju, podmiri na drugi način. Ovako je npr. do tada radno aktivna majka dvoje djece (možda samohrana) sa kreditom, koja je završila u kolicima radi multiple skleroze, i u potpunosti ovisi o tuđoj njezi, dovedena sa svojom djecom na rub siromaštva, i postaje socijalni slučaj, samo radi svoje bolesti. (U grubo: ako joj je plaća iznosila 5000 kn, 70 % od toga je iznos naknade za PNR- 3500kn, a nakon 18 mjeseci naknada iznosi 1750 kuna). Odredba se odnosi i na privremene nesposobnosti osnovom ozljeda na radu i profesionalnih bolesti. Svjedoci smo da u praksi prođe puno više vremena od 18 mjeseci, prije no što se (i ako se) osigurana osoba umirovi po nadležnom tijelu mirovinskog osiguranja.

**Primljeno na znanje**

Navedeno se u određenom dijelu ne odnosi na ovaj prijedlog zakonskih izmjena. Naime, ovim zakonskim prijedlogom propisuje se obveza osiguranim osoba na plaćanje naknade za pregled u hitnom bolničkom prijemu koji je obavljen na zahtjev osigurane osobe i to u slučaju kada se pregledom ne ustanovi indikacija za hitnu medicinsku pomoć, a koja podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje, iznos naknade utvrđuje općim aktom Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, propisuje se da osigurane osobe oboljele od akutne psihijatrijske bolesti zdravstvenu zaštitu u cijelosti ostvaruju iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja, uređuje se pitanje donošenja mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, proširuje se krug osiguranika kojima će se osigurati pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad tijekom koje je došlo do prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom bez primjene uvjeta od osam dana prethodno utvrđene privremene nesposobnosti, usklađuje se važeći Zakon s odredbama Zakona o mirovinskom osiguranju terminološki i u dijelu koji se odnosi na uvjete za stjecanje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju članova uprave trgovačkih društava i izvršnih direktora trgovačkih društava kako bi se ujednačili uvjeti za stjecanje statusa osiguranika u obveznom mirovinskom i zdravstvenom osiguranju i na taj način izjednačili u obvezi plaćanja doprinosa za oba sustava, usklađuje se važeći Zakon s odredbama Zakona o životnom partnerstvu osoba istog spola u dijelu koji se odnosi na stjecanje, odnosno zadržavanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju kao člana obitelji osiguranika i Zakonom o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu u dijelu koji se odnosi na stjecanje statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osobama kojima je priznat status žrtve seksualnog nasilja u Domovinskom ratu te s tim u vezi omogućiti im stjecanje statusa osigurane osobe, odnosno osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju.

<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA</b>          HLZ-Hrvatsko društvo medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja predlaže da se članak 127. nadopuni, na gore navedeni način i da umjesto Liječničkih povjerenstava Zavoda, u postupcima stručno-medicinskog vještačenja o pojedinim pravima osiguranih osoba iz obveznog zdravstvenog osiguranja, ocjene mogu donositi i doktori vještaci pojedinci, u skladu s općim aktom Zavoda.</p>	<p><b>Prihvaćen</b>          Prihvaćen.</p>
<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA</b>          Prijedlog članka 127 Zakona: St.3: Iznimno od stavka 2. ovog članka u postupcima stručno-medicinskog vještačenja o pojedinim pravima osiguranih osoba iz obveznog zdravstvenog osiguranja umjesto liječničkih povjerenstava mogu sudjelovati doktori vještaci pojedinci, u skladu s općim aktom Zavoda iz stavka 4. ovog članka. St. 4.: Ovlasti i način rada liječničkih povjerenstava i dokora vještaka, područje njihove nadležnosti, te izgled i sadržaj tiskanice nalaza, mišljenja i ocjene utvrđuje općim aktom Zavod uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.</p>	<p><b>Prihvaćen</b>          Prihvaćen.</p>
<p><b>Dubravka Pezelj Duliba</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU PREDLOŽENIM ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</b>          Predlažem da se provedu izmjene Zakona o obveznom osiguranju (ZOZO) također u dijelu koji se odnosi na ostvarivanje prava na korištenje planirane prekogranične zdravstvene zaštite. Naime, ZOZO člankom 27. uređuje da je za planiranu zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama Direktive 2011/24/EU potrebno tražiti prethodno odobrenje, za što je donesen i poseban akt HZZOa kojim se utvrđuje u kojim slučajevima je potrebna zatražiti prethodno odobrenje. Dvogodišnja praksa (primjena Direktive od 25.10.2013.) je pokazala da godišnje ima doslovno par zahtjeva. Naime i u slučaju prethodnog odobrenja osigurana osoba planiranu uslugu mora sama platiti, a vratit će joj se onoliko novaca koliko takva usluga košta u RH (tj. koliko ju HZZO plaća ugovornim ustanovama). S obzirom na razliku cijena, osigurane osobe ne koriste planiranu zdravstvenu zaštitu prema Direktivi. Ista Direktiva propisuje da Država članica može predvidjeti sustav prethodnog odobrenja, a ne da mora. Više država članica već od početka nema tu odredbu, a sve više ih ukida jer su vidjeli da nema smisla. Na navedeni način pokazali bismo da smo smanjili barijere slobodnom kretanju pacijenata (što je uvijek pozitivno u očima EK), a s druge strane ne bi bilo opterećenja po naš financijski sustav. O tome govore članak 27. i 28. ZOZOa.</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>          Navedeno nije predmet ovih izmjena Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.</p>
<p><b>Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU PREDLOŽENIM ZAKONOM TE</b></p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>          Predmet uređenja Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju su prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, a ne prava pacijenata koja se uređuju posebnim zakonom i odnose se na sve pacijente</p>

## **POSljedICE KOJE će DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI**

Obveze nositelja obveznog zdravstvenog osiguranja netočno su navedeni su u Ocjeni stanja (II Ocjena stanja i osnovna pitanja koja se uređuju predloženim...) kao riješeno pitanje. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (uostalom kao i Zakon o zdravstvenoj zaštiti) ne ispunjavaju standarde zemalja članica EU u dijelu koji se odnosi na zaštitu prava pacijenata, a za što bi bilo potrebno da se Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju reguliraju obveze osiguravatelja u kontekstu obveza prema pacijentima u smislu zaštite njihovih prava. Pravomoćna presuda Europskog suda za ljudska prava iz listopada 2012. godine u slučaju Petar Bajić protiv Republike Hrvatske, trebala je poslužiti kao krajnje upozorenje Republici Hrvatskoj da se dohvati posla oko zaštite ljudskih prava korisnika zdravstvenih usluga, no to nije učinjeno ni do danas, a evo uopće se ne razmatra ni sada. To je potpuno nedopustivo. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju treba također vrlo jasno naznačiti tko i kako donosi odluke o standardu obveznog paketa zdravstvenih usluga unutar zdravstvene zaštite, kao što treba jasno naznačiti načine na koje će se pojedina prava pacijenata sukladno Zakonu o zaštiti prava pacijenata te Euroskoj povelji o pravima pacijenata točno moći provoditi. Primjerice, ukoliko je pravo na informaciju obveza svakog pružatelja zdravstvene usluge, onda trebaju i uvjeti, pod kojima će se ta informacija pružati u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja, obvezatno biti propisan ugovorima između pružatelja usluga i osiguravatelja usluga, a to svakako onda mora biti naznačeno u samom zakonu o zdravstvenom osiguranju (te se mora odnositi i na privatne osiguravatelje a što znači da se i u drugim aktima u kojima se omogućuju privatna osiguranja mora naznačiti način osiguravanja svakog pojedinog prava pacijenata). S tim u svezi svako pravo mora dobiti svoj članak o načinu provedbe koji će biti sukladan europskim standardima zaštite prava pacijenata te svim međunarodnim dokumentima kojih je Republika Hrvatska potpisnica, a kojima se poštivaju i štite ljudska prava. Kako se ovo nije ni razmatralo niti se razmatra, tako je promjena zakona bez tih stavki krnja, a istovremeno, da bi se ovakve stavke uvele u zakon, nije moguće uvoditi ih po hitnoj proceduri. Stoga je potpuno neprimjerena hitna procedura bilo kojih izmjena i nadopuna zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju a da se nisu u te izmjene i nadopune ugradile i tako važne stavke kao što su uvjeti i načini osiguravanja zaštite ljudskih prava korisnika zdravstvenih usluga. Taj proces nije moguće provesti po hitnoj proceduri i sasvim je jasno da ga je potrebno provesti čim prije uz poštivanje svih faza u donošenju zakonskih rješenja jer se radi o gubitku novaca iz državnog proračuna na kazne koje već plaćamo ali ćemo ih i sve češće opetovano plaćati jer nije poduzeto ama baš ništa da se omogući bilo kakva nepristrana procedura kojom bi se onda uopće moglo štiti prava pacijenata, a za što je pravomoćnom presudom Europskog suda za ljudska prava iz listopada 2012. godine RH proglašena krivom. To je trebalo poslužiti kao krajnje upozorenje Republici Hrvatskoj da se dohvati posla oko zaštite ljudskih prava korisnika zdravstvenih usluga. Stoga je ovaj prijedlog ne samo nepotrebno trošenje energije nego ni u čemu neće poboljšati status potpuno nezaštićenih pacijenata, dok će istovremeno omogućiti da se bez zaštićenih prava korisnika, onaj koji donosi politiku može i nadelje neometano ponašati prema zdravstvenom sustavu kao prema vlastitoj "prćiji". S tim u

uključujući i osigurane osobe Zavoda. Navedeno se u određenom dijelu ne odnosi na ovaj prijedlog zakonskih izmjena. Naime, ovim zakonskim prijedlogom propisuje se obveza osiguranim osoba na plaćanje naknade za pregled u hitnom bolničkom prijemu koji je obavljen na zahtjev osigurane osobe i to u slučaju kada se pregledom ne ustanovi indikacija za hitnu medicinsku pomoć, a koja podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje, iznos naknade utvrđuje općim aktom Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, propisuje se da osigurane osobe oboljele od akutne psihijatrijske bolesti zdravstvenu zaštitu u cijelosti ostvaruju iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja, uređuje se pitanje donošenja mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, proširuje se krug osiguranika kojima će se osigurati pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad tijekom koje je došlo do prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom bez primjene uvjeta od osam dana prethodno utvrđene privremene nesposobnosti, usklađuje se važeći Zakon s odredbama Zakona o mirovinskom osiguranju terminološki i u dijelu koji se odnosi na uvjete za stjecanje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju članova uprave trgovačkih društava i izvršnih direktora trgovačkih društava kako bi se ujednačili uvjeti za stjecanje statusa osiguranika u obveznom mirovinskom i zdravstvenom osiguranju i na taj način izjednačili u obvezi plaćanja doprinosa za oba sustava, usklađuje se važeći Zakon s odredbama Zakona o životnom partnerstvu osoba istog spola u dijelu koji se odnosi na stjecanje, odnosno zadržavanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju kao člana obitelji osiguranika i Zakonom o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu u dijelu koji se odnosi na stjecanje statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osobama kojima je priznat status žrtve seksualnog nasilja u Domovinskom ratu te s tim u vezi omogućiti im stjecanje statusa osigurane osobe, odnosno osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju.

vezi predlažemo da se povuče prijedlog izmjena zakona a da se u redovnu proceduru stavi prijedlog kojim će se ovi nabrojani nedostaci otkloniti pri čemu onda neće biti teško uglaviti i ovdje predložene izmjene u ukupno izmijenjen zakonski prijedlog o kojem će se raspraviti po redovnoj proceduri.

**Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata  
PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA  
ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM  
OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM  
ZAKONA, III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA  
PROVOĐENJE ZAKONA**

Ukoliko nema ni ušteta ni troška nije jasno da je izmjene potrebno i donositi. Ova je procjena dana kao i sve dosadašnje procjene-potpuno paušalno i podilazeći nekom zadanom pravilu da se ne dira u proračun. Kakve to promjene trebamo koje neće donijeti uštede proračunu, a kakve to promjene donosimo a da one ne koštaju makar putnih troškova za obavljene sastanke na kojima će se konzultirati socijalne partnere? Dakle, ili se ne govori istina da nema troška ili se se razgovara sa socijalnim partnerima U oba slučaja nije ni demokratski ni dobro. Stoga nije ni uputno tako raditi pa preporučamo da se svakako ne provodi hitna procedura nečega o čemu nije razgovarano sa socijalnim partnerima. Naravno, tko su socijalni partneri jako je upitno, jer su korisnici obveznog zdravstvenog osiguranja baš svi: malodobna djeca, trudnice i majke, zdravi i bolesni, zaposleni i nezaposelni, umirovljenici pa i beskućnici.

**Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata  
PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA  
ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM  
OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM  
ZAKONA, IV. PRIJEDLOG ZA DONOŠENJE ZAKONA  
PO HITNOM POSTUPKU**

Smatramo hitnu proceduru u izradi izmjena zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju zloporabom prava, obezvrijeđivanjem pravne procedure sukladno dokumentu Ustavnog suda od 23. siječnja 2013. godine (U- X-99/2013) te predlažemo da se ovako važan zakon, koji utječe na sve državljane Republike Hrvatske i njihovo zdravlje, donosi u redovnoj procedure uz poštivanje svih propisanih pravila i standarda. To uključuje i jasne procjene stanja, razloge i ciljeve koji se žele postići izmjenama zakona. Iz ovako sročene izmjena zakona i na ovakav način prezentiranja javnosti u cijelosti je nerazumljivo što je cilj zakonskih izmjena. Može se samo nagađati kako je cilj predloženih izmjena omogućenje "pravedne" tržišne utakmice i na području zdravstvenih usluga. Ukoliko to nije cilj, onda upozoravamo kako će predložene izmjene imati takav rezultat. Ukoliko je baš to cilj, onda je očekivani rezultat ovako predloženih izmjena poguban za hrvatske stanovnike te je to razlog što tražimo da se procedura provede sukladno demokratskim principima i zakonskim odredbama po redovnoj proceduri, kako bi se stanovnici Republike Hrvatske imali mogućnosti izjasniti o tome kakve izmjene i koje rezultate od takvih izmjena unutar zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju žele prihvatiti

**Primljeno na znanje**  
Primljeno na znanje.

**Primljeno na znanje**

Zbog postizanja financijske stabilnosti sustava obveznog zdravstvenog osiguranja kao i poboljšanja položaja osiguranih osoba Zavoda u ostvarivanju prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja su im zagwarantirana Zakonom predlaže se donošenje ovoga zakona po hitnom postupku, u smislu odredbe članka 204. Poslovnika Hrvatskoga sabora („Narodne novine“, broj 81/13). Predložene izmjene dio su cjelovitog sustava mjera koji će doprinijeti financijskoj stabilizaciji sustava zdravstva. Krajnji cilj je financijska stabilizacija zdravstvenog sustava uz smanjenje rashoda te istovremeno osiguranje kvalitetne zdravstvene zaštite svim osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

**HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA  
PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA  
ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM  
OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM  
ZAKONA, Članak 4.**

Određba članka 4. Nacrta Prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u svom sadržaju koji se odnosi na predložene promjene u članku 18. stavku 2. i 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u potpunosti je identična svojedobnom prijedlogu Ministarstva zdravlja iz svibnja 2015.g. Predloženom odredbom zapravo se predlaže ukidanje plana i programa mjera zdravstvene zaštite kojeg trenutno, na prijedlog Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, donosi ministarstvo nadležno za zdravstvo. Nacrtom se definiranje opsega prava na zdravstvenu zaštitu odnsono definiranje mjera zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja stavlja u isključivu nadležnost Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje koji pritom nije dužan zatražiti prethodno mišljenje nije jednog drugog sudionika zdravstvenog sustava, pa tako ni nadležnih komora, iako su iste sukladno odredbama strukovnih zakona izričito ovlaštene zastupati interese svojih članova (pružatelja zdravstvenih usluga) kod pregovaranja i sklapanja ugovora o pružanju zdravstvene zaštite, a što ne možemo podržati.

**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.

**Hrvatska komora dentalne medicine  
PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA  
ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM  
OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM  
ZAKONA, Članak 4.**

S obzirom da je prijedlogom Zakona predviđeno brisanje stavka 3. istog članka trenutno važećeg Zakona, Hrvatska komora dentalne medicine predlaže da se u članku 2. predloženih izmjena svakako ugradi formulacija iz brisanog članka 3. na način da isti sada glasi: „(2) Pravo osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. točka 1. do 6. ovoga članka osigurava se provedbom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koje utvrđuje, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, općim aktom Upravno vijeće Zavoda, a na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravlje uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.“ Takvom odredbom zadržalo bi se mišljenje struke kroz nadležne komore, što smatramo izuzetno važnim za sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu pacijenata.

**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.

**Dubravka Pezelj Duliba  
PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA  
ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM  
OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM  
ZAKONA, Članak 5.**

Vezano uz prijedlog da se i liječenje akutnih psihijatrijskih bolesti provodi u cijelosti na teret obveznog zdravstvenog osiguranja pozdravljam navedenu mjeru ako se radi o primjerice afektivnim poremećajima, akutnim reakcijama na stres, prvim psihotičnim epizodama i slično, međutim treba imati na umu da i alkoholizam i druge ovisnosti prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, 10 revizija (MKB -10) pripadaju u psihijatrijske bolesti, što znači da ćemo sada iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti plaćati npr. triježenje akutno opitih. Vjerojatno se i do sada od njih nije moglo naplatiti sudjelovanje, no ipak... U svakom slučaju, s obzirom da je, nažalost u RH alkoholizam veliki problem, kad im već ovako idemo na ruku, bilo bi dobro da se uz Nacionalnu strategiju suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj donese posebno i jedna Nacionalna strategija suzbijanja alkoholizma u RH.

**Primljeno na znanje**

Primljeno na znanje.

<p><b>Dubravka Pezelj Duliba</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 5.</b></p> <p>Vežano uz prijedlog povećanja sudjelovanja po jednom računu s maksimalnih 2.000 na 3.000 kn (kako je bilo nekad), bilo bi dobro da se u obrazloženju izmjena Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (ZOZO) napisao očekivani financijski učinak ove mjere. Npr. koliko će ta izmjena utjecati na rashode dopunskog zdravstvenog osiguranja (kako HZZO tako i privatnih osiguravatelja), koliko će utjecati na odluku osiguranih osoba da uplate dopunsko zdravstveno osiguranje, te o kolikom se iznosu uopće radi.</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>  Primljeno na znanje.</p>
<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 5.</b></p> <p>Uključuje li novina u ovom članku zakona sve psihijatrijske dijagnoze (i lakše i teže), tj. obuhvaća li bez razlike sve bolesti klasificirane po međunarodnoj klasifikaciji bolesti u F grupu?</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>  Ovim zakonskim prijedlogom izjednačuju se prava osigurane osobe oboljele od akutne psihijatrijske bolesti sa osiguranim osobama oboljelim od kroničnih psihijatrijskih bolesti na način da i one zdravstvenu zaštitu u cijelosti ostvaruju na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja.</p>
<p><b>Dubravka Pezelj Duliba</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 6.</b></p> <p>Člankom 6. predlaže se izmjena članka 34., ZOZOa koji govori o tome u kojim slučajevima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne osigurava plaćanje usluga (nisu pravo iz obveznog zdravstvenog osiguranja). Prema tome, to su slučajevi kada troškove zdravstvene zaštite osigurana osoba snosi osobno i u cijelosti. Ta je usluga izvan obveznog zdravstvenog osiguranja. U tom slučaju, postavlja se pitanje kako HZZO za uslugu koja se pruža izvan sustava obveznog zdravstvenog osiguranja može utvrđivati cijenu? Cijene za osobe koje same plaćaju zdravstvenu zaštitu utvrđuju pružatelji zdravstvene zaštite, što dozvoljava i Direktiva 2011/24/EU, (članak 4., točka 4.). No činjenica je da to nije jasno uređeno hrvatskim propisima. U najjednostavnijem slučaju, HZZO bi mogao općim aktom utvrditi da osigurana osoba plaća cijenu u iznosu u kojem HZZO plaća zdravstvenim ustanovama, iako je i to (pravno) dvojbeno. Ono što je još dvojbeno to je definicija hitne medicinske pomoći u smislu ZOZOa. Hitna medicinska pomoć "u smislu ovog Zakona", definirana je jedino u članku 81., stavak 2., "Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumijeva se pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje." Naime ova "neposredna opasnost po zdravlje" je vrlo širok (rastezljiv) pojam. Ujedno, želim podsjetiti i na činjenicu da građani drugih država članica EU, u slučaju posjedovanja Europske kartice zdravstvenog osiguranja (EKZO, EHIC) kada se iznenada razbole, ozlijede ili dožive nesreću, imaju pravo koristiti zdravstvenu zaštitu koja se ne može odgoditi do njihovog planiranog povratka u matičnu državu osiguranja, a na teret svog osiguranja. Radi se o uslugama koje su s medicinskog gledišta nužne, uzimajući u obzir prirodu usluga i dužinu očekivanog boravka, a kod ugovornih pružatelja zdravstvenih usluga. Dakle postavlja se pitanje što sa građanima drugih država članica u slučaju da se jave hitnu službu bolnice, na koji način će se postupati prema njima. Hoće li i oni morati platiti tu uslugu? Ukoliko neće, onda diskriminiramo naše osigurane osobe u</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>  Nakon provedene javne rasprave navedeni sadržaj je ugrađen u članak 19. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Naime, kao jedna od mjera racionalizacije korištenja zdravstvene zaštite ovim zakonskim prijedlogom predlaže se obvezati osiguranu osobu na plaćanje naknade za pregled u hitnom bolničkom prijemu koji je obavljen na zahtjev osigurane osobe i to u slučaju kada se pregledom ne ustanovi indikacija za hitnu medicinsku pomoć u smislu Zakona, a koja podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje. Iznos naknade utvrđuje općim aktom Upravno vijeće Zavoda uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.</p>



odnosu na građane drugih država članica, a ukoliko hoće - kako ćemo im objasniti da moraju platiti uslugu u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi? Bojim se da bi mogli radi toga imati problema, osobito u vrijeme ljetnih mjeseci kada je velik broj stranih turista u RH, što već imamo s tzv. "turističkim ambulancama" koje se nalaze u okviru domova zdravlja, ali ih ne financira HZZO (nisu u Mreži javne zdravstvene službe), pa državljani EU iz drugih država članica moraju plaćati uslugu. O takvim situacijama je bilo i tekstova u novinama te problema sa Slovenijom, što očekujem i u ovom slučaju. I konačno, budući da se u javnosti "spekulira" od 150 kn za uslugu, te 75 ukoliko je primijenjena neka terapija (što bi značilo da je terapija dana radi otklanjanja neposredne opasnosti po zdravlje, pa prema tome u smislu ZOZO spada u hitnu medicinsku pomoć), ukoliko se ne radi o sudjelovanju ili snošenju troškova zdravstvene usluge, već u paušalno određenom iznosu - pristojbi, onda je taj iznos previsok i može predstavljati značajnu prepreku da se netko kome je stvarno ugrožen život (i zdravlje) neće javiti u hitnu. Iako bih rekla da se niti ne može odrediti paušalan iznos, jer on ne predstavlja trošak, cijenu usluge, pa je pitanje što zaista osigurana osoba plaća, a u slučaju državljanina drugih država članica EU to bi moglo predstavljati problem prilikom nadoknade troškova.

**Hrvatski zavod za telemedicinu  
PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA  
ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM  
OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM  
ZAKONA, Članak 6.**

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 slijedeće oblike zdravstvene zaštite u okviru utvrđenoga standarda zdravstvene zaštite iz obveznoga 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. i 14. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju postaju članci 8., 9. 10., 11., 12., 13., 14 i 15. **O b r a z l o ž e n j e** 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 slijedeće oblike zdravstvene zaštite u okviru utvrđenoga standarda zdravstvene zaštite iz obveznoga 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 usluge), 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**

Komentar nije predmet zakonskog uređenja, već se radi o problematici organizacijsko-tehničke prirode.

<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 6.</b></p> <p>Upitno je može li se u predloženoj točki 10. članka 34. reći da obvezno zdravstveno osiguranje ne osigurava zdravstvenu zaštitu koja je na zahtjev osigurane osobe korištena u hitnom prijemu, a koja nije predstavljala hitnu medicinsku pomoć, jer je u točki 3. istoga članka već rečeno da obvezno zdravstveno osiguranje ne osigurava "terapijske i dijagnostičke postupke te lijekove koji su provedeni, odnosno primijenjeni na zahtjev osigurane osobe, kada ti postupci i lijekovi nisu određeni od strane ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovornog zdravstvenog radnika u sklopu korištenja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja". Dakle, ugovorni doktor zaposlen u organizacijskoj jedinici zdravstvene ustanove koja pruža hitnu pomoć ne smije niti pružati onu koja to nije (već sada imamo manjak kadra i vremena), a pogotovo pružati usluge zdravstvene zaštite na zahtjev osigurane osobe, jer one kao takve nikada (niti djelomično) ne mogu biti pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem. U suprotnom, velika je mogućnost da se hitna služba pretvori u brzi servis i samoposlugu željenih zdravstvenih usluga dobrostojećim građanima, a na štetu onih drugih. Ključ dobre hitne službe u dobroj je trijaži (po mogućnosti liječnika) i dosljednosti u nepružanju zdravstvenih usluga u hitnom prijemu onim osiguranim osobama kojima je pregledom potvrđeno da hitnoće nema.</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>  Primljeno na znanje.</p>
<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 7.</b></p> <p>Iako je ovo stari članak (izuzev terminološkog usklađivanja), bilo bi ga dobro promjenama zakona "doraditi". Naime, nadležno tijelo vještačenja mirovinskog sustava ocjenu donosi osnovom cjelokupnog zdravstvenog stanja osiguranika u momentu vještačenja, uzimajući u obzir sve aktualne bolesti (po kojima je i upućen od strane izabranog doktora na ocjenu), ev. dotadašnje profesionalne, ratne i civilne invalidnosti, te radi činjenice da navedeno tijelo vještačenja nikada rješenjem ne specificira osnovom kojih je točno bolesti i stanja i u kojem njihovom međusobnom omjeru donijelo ocjenu i koje je bolesti, između onih navedenih po izabranom doktoru, uopće ocijenilo uzrokom invalidnosti, izabrani doktor nije u mogućnosti odredbu iz stavka 5. ispravno primijeniti u praksi, te isto ne može biti polazištem za ev. otvaranje nove privremene radne nesposobnosti. Slijedom navedenog kontrolom je također teško utvrditi ispravnost (ne)postupanja izabranog doktora. Prijedlog je da se sa rješenja nadležnog tijela vještačenja mirovinskog sustava, ili njemu pripadajuće dokumentacije, u jednoj mjeri "skine veo tajnosti" i omoguću pacijentu (to je njegovo pravo sukladno zakonu o zaštiti prava pacijenata) i njegovom doktoru, saznanje osnovom koje/kojih je dijagnoza donijeta ocjena nadležnog tijela. Isto bi zasigurno pridonijelo i većoj transparentnosti sustava ocjene trajne radne nesposobnosti.</p>	<p><b>Odbijen</b>  Navedeno nije predmet Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.</p>

<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 8.</b></p> <p>Osnovom ovoga članka stavak 5 Zavod ne snosi trošak upućivanja na ocjenu radne sposobnosti nadležnom tijelu mirovinskog osiguranja osiguranih osoba kod kojih je radi teških bolesti došlo do potpunog i trajnog gubitka radne sposobnosti (npr. teži moždani incidenti, oboljeli od multiple skleroze, bubrežni bolesnici na hemodijalizi, politraume i sl.), a u momentu obolijevanja nisu bile u radnom odnosu. Prijedlog je da Zavod snosi troškove upućivanja nadležnom tijelu vještačenja i ovih osiguranih osoba, kako bi ostvarile pravo na invalidsku mirovinu.</p>	<p><b>Odbijen</b>  Navedeno nije predmet Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.</p>
<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 8.</b></p> <p>Upitno je kako će se moći utvrditi prekoračenje roka od 60 dana kada se dokumentacija predaje HZMOu i naknadno dostavlja Centru za vještačenja, a njihova je dostava interna stvar. Prijedlog je da se zahtjev za vještačenje uz prilog dokumentacije urudžbira direktno Centru za vještačenja, a ne posredno.</p>	<p><b>Odbijen</b>  Navedeno nije predmet Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.</p>
<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 9.</b></p> <p>Prvi stavak članka već je komentiran kod čl. 46. Nadalje, u stavku 2. nije jasno kako postupiti kada poslodavac nije u mogućnosti ponuditi odgovarajuće radno mjesto osiguraniiku, kod kojeg postoji neposredna opasnost od nastanka smanjene radne sposobnosti, jer u njegovoj tvrtki isto ne postoji, i o tome izda pisani dokaz. Tu je pak poslodavac, na neki način kažnjen bolešću svoga djelatnika. Ne smije ga primiti na staro radno mjesto, jer ako mu se stanje pogorša on je odgovoran za pogoršanje, novoga radnog mjesta nema, a rješenjem HZMOa osiguranik nije stekao nikakvo pravo (naknadu) iz mirovinskog osiguranja. Osuđen je na neimaštinu jer se razbolio.</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>  Primljeno na znanje.</p>
<p><b>Dubravka Pezelj Duliba</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 11.</b></p> <p>Tko onda izdaje putne naloge i kako? Bar treba staviti naznaku na koji se način ostvaruje to pravo, odnosno na koji način se regulira ostvarivanje prava (npr. općim aktom HZZOa).</p>	<p><b>Prihvaćen</b>  Prihvaćen.</p>

<p><b>Vlasta Zajic Stojanović</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 11.</b></p> <p>Trenutna odredba iz stavka 1. je teško primjenjiva obzirom da je gotovo nemoguće dobiti podatke po službenom daljinomjeru prijevoznika, pa se predlaže jasnije urediti pitanje načina utvrđivanja iznosa s naslova troškova prijevoza, prema službenim podacima o udaljenosti, Hrvatskog auto kluba. Ukoliko se stavak 4. i 5. brišu, tada Zakon ostaje bez bitne osnove temeljem koje osigurana osoba naknadu za troškove prijevoza uopće ostvaruje. HLZ-Hrvatsko društvo medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja izražava zabrinutost da će se broj zahjeva za naknadu putnog troška, koje će trebati vještačiti Liječnička povjerenstva Zavoda, drastično povećati, što predvidivo može dovesti do povećanog pritiska i mogućeg sporijeg rješavanja ostalih predmeta. Predlažemo objavu transparentnog popisa zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja, po pojedinim ugovornim zdravstvenim ustanovama, na koji bi način i službenik Zavoda (nemedicinske struke) sa sigurnošću mogao ocijeniti je li osigurana osoba indiciranu zdravstvenu uslugu (u odnosu na prebivalište/boravište osigurane osobe) koristila u najbližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, koja istu provodi , a samo rijetko zahtjev bi se uputio na vještačenje Liječničkom povjerenstvu Zavoda. Takav bi popis bio od velike koristi svim korisnicima zdravstvenog sustava i pojednostavio bi proces naručivanja. Postavlja se pitanje kako realizirati naknadu troška prijevoza osiguranoj osobi koja je radi smanjivanja liste čekanja prihvatila korištenje zdravstvene zaštite u daljoj ugovornoj ustanovi (čl.62 st 5.), a bez provođenja kontrole u ordinaciji izabranog doktora.</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>  Primljeno na znanje.</p>
<p><b>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA</b>  <b>PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA, Članak 11.</b></p> <p>Odredbom članka 11. Nacrta predviđeno je brisanje odredbi članka 65. stavaka 4. i 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju koje se odnose na sudjelovanje izabranih doktora u postupku izdavanja putnih naloga u svrhu ostvarivanja pojedinih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Pozdravljamo namjeru predlagača da se izabrani liječnici rasterete od nepotrebnih administrativnih obveza te da se samo izdavanje putnih naloga u potpunosti ukloni iz ingerencija izabranih liječnika. U tom smislu ukazujemo i na potrebu dodatne izmjene i članka 65. stavka 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju koji predviđa sudjelovanje izabranog doktora u postupku odobravanja korištenja skupljeg javnog prijevoznog sredstva (spavaća kola u vlaku, zrakoplov) i to na način da odlučivanje o tom pitanju bude u isključivoj nadležnosti osiguravatelja (Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje).</p>	<p><b>Primljeno na znanje</b>  Primljeno na znanje.</p>