

# Promjene u pravima u sustavu zdravstvenog osiguranja

Luka Kovačić

Škola narodnog zdravlja "A. Štampar"  
Medicinskog fakulteta  
Sveučilište u Zagrebu

Primljeno: listopad 1996.

Promjenom državne vlasti i uspostavom samostalne Republike Hrvatske zdravstveno se zakonodavstvo vrlo brzo mijenjalo i prilagođavalo novim prilikama. Zadnji zakon u bivšoj državi koji je regulirao pitanja zdravstvene zaštite, uključujući i sustav zdravstva, te pitanja zdravstvenog osiguranja i prava građana po toj osnovi bio je donesen 1980. godine kao jedinstven zakon (1). U desetak godina, koliko je bio na snazi više je puta dopunjavan i mijenjan, tako da je 1989. godine objavljen pročišćeni tekst (2). Godine 1990. nije donešen novi zakon, nego je dopunjavan i znatno mijenjan stari, kako bi bio prilagođen novom društvenom sustavu (upravljanje sustavom zdravstva, ukidanje samoupravnih interesnih zajednica, jedinstveno utvrđivanje prava osiguranika na cijelom području Republike, drugačije financijske obveze nosilaca osiguranja, centralizacija administracije osiguranja), ali se bitno nisu mijenjala prava osiguranika. Dopune i promjene zakona donosile su se u više navrata, a pročišćeni tekst Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju objavilo je u siječnju 1991. godine Udruženje organizacija zdravstva Hrvatske, a kasnije je i službeno objavljen (*Narodne novine* 12/91, pročišćeni tekst).

Nakon dvije godine intenzivnih priprema, rasprava i analiza donesena su dva odvojena zakona, Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju (*Narodne novine* 75/93). Prvi zakon uključuje sadržaje vezane na oblike zdravstvene zaštite, utvrđuje prava i dužnosti građana i bolesnika, normira sustav zdravstva i uređuje rad zdravstvenih radnika. Drugim se zakonom utvrđuje tko su osiguranici, vrste osiguranja, izvori financiranja, način upravljanja sredstvima osiguranja, način naplate doprinosa, prava osiguranih osoba i druga pitanja iz područja osiguranja.

## PRAVA OSIGURANIKA

Iako prava osiguranika nisu bitno mijenjana, već je zadržan egalitarni pristup jednakih prava za sve osiguranike i visoki stupanj solidarnosti i uzajamnosti, ipak novi zakoni donose i značajnih novina i promjena u pravima. Prava građana i osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu navode se u oba zakona. Jedna od novina novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a posebno podzakonskih akata i prakse je slobodan izbor liječnika. Institut slobodnog izbora liječnika i zdravstvene ustanove formalno je postojao i ranije (*Narodne novine* 8/89, članak 76) kao preporuka koja se konkretizirala u aktima samoupravnih interesnih zajednica, ali se u praksi primjenjivao vrlo ograničeno. Taj je institut slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije sada zakonska norma (*Narodne novine* 75/93, članak 25, točka 2). Ta odredba, vrlo važna za građane u svakodnevnom životu, nije sasvim precizna, te bi trebalo dodatno tumačenje da li se to odnosi na sve liječnike (uključujući specijaliste) ili samo doktore medicine i doktore stomatologije (liječnike bez specijalizacije), te da li se odnosi i na izbor zdravstvene ustanove. Zadnjih nekoliko godina to se pravo dosljedno primjenjuje u praksi primarne razine zaštite. Pravo slobodnog izbora liječnika potpomaže i način plaćanja specijalističkih usluga ("cijena x usluga") s jednakim cijenama tih usluga u svim zdravstvenim ustanovama, tako da bolesnik može od liječnika primarne razine zaštite zatražiti da ga uputi onom specijalistu u kojeg ima najviše povjerenja i od kojeg očekuje najvišu kvalitetu usluge.

Najveći dio prava iz zdravstvene zaštite ostala su kao prava koja se obvezno osiguravaju. Samo mali dio prava, koja se odnose na tzv. viši konfor (u bolnicama), mogućnost izbora liječnika u bolnici, oslobađanje suplaćanja za-

štite i lijekova, pravo na liječenje u inozemstvu i slično, prepuštena su osiguranicima da se osiguraju u vidu dobrovoljnog dodatnog osiguranja. Kao posebna novina dobrovoljnog osiguranja postoji mogućnost da se građanima s godišnjim prihodima iznad onoga od ministra zdravstva utvrđenog iznosa dozvoli mogućnost izlaska iz obveznog osiguranja i pristupanja privatnom osiguranju. Takvi građani ne bi bili obvezni uplaćivati doprinos u Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (postotak od plaće ili prihoda), već se mogu osigurati dobrovoljno u bilo kojem osiguravajućem društvu, ili pak sami snositi troškove svoje zaštite. Takav institut umanjuje prihod osiguranja, dovodi u rizik građanina da neće biti u mogućnosti sam snositi troškove svoje zaštite, povećava nejednakosti.

Propis da poslodavci u potpunosti snose troškove zdravstvene zaštite i naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti u slučaju profesionalne bolesti i nesreće na poslu uveden je zakonom iz 1989. godine (*Narodne novine* 8/89, članak 41 i 101). Poslodavci se za takve slučajeve obvezno moraju osigurati kod osiguravajućih društava (*Zakon o zdravstvenom osiguranju, Narodne novine* 75/93, članak 51). Taj propis može za zaposlene imati i negativne i pozitivne posljedice. Najveća je opasnost da će poslodavac nastojati ne priznati prava zaposlenima, odnosno nastojati će umanjiti ta prava, te često otpustiti radnika. Posebno će se to događati u privatnom sektoru i malim firmama, te u sredinama u kojima nisu razvijeni mehanizmi kontrole, nadzora i zaštite radnika. S druge strane, kao pozitivni učinak tog rješenja može se navesti da će poslodavcima biti u interesu striktno sprovesti mjere prevencije i zaštite na radu, kako bi umanjili štete nastale zbog loših radnih uvjeta.

Uloga građana i osiguranika u upravljanju sredstvima zdravstvenog osiguranja sada je znatno manja, uglavnom indirektna preko Sabora Republike Hrvatske. U prošlom sustavu samoupravnih interesnih zajednica građani i osiguranici normativno su imali znatno veća prava, jer je osiguranje bilo organizirano u 113 zajednica, kojima je upravljalo 113 skupština. No u praksi se često događalo da su takve skupštine bile samo formalni mehanizmi odlučivanja.

Prava bolesnika, naročito bolesnika za vrijeme bolničkog liječenja, sada su jasno defini-

rana. U osnovi, ta su prava preuzeta iz Evropske povelje o pravima bolesnika. Definirana su člankom 25. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i odnose se na jednakost u tretmanu prilikom ostvarivanja zdravstvene zaštite, slobodan izbor liječnika, slobodan izbor intervencije koje ponudi liječnik, točno obavješćivanje i poduku, povjerljivost podataka, odbijanje intervencije za znanstveno istraživanje i pregled od strane studenta, pravo odbijanja pregleda i liječenja, pravo na prehranu u skladu sa svjetonazorom, te pravo na obavljanje vjerskih obreda u zdravstvenoj ustanovi (*Narodne novine* 75/93).

Opseg prava, uvjete i način kako će se ostvarivati prava na zdravstvenu zaštitu donosi Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za svaku godinu, prema gospodarskoj mogućnosti Zavoda. Za 1996. godinu Pravilnik je stupio na snagu 10. siječnja 1996. godine (*Narodne novine* 2/96). Njime se precizno regulira pravo pacijenata na slobodni izbor liječnika primarne zdravstvene zaštite, nadležnost, poslovi i ovlasti izabranog liječnika koje je dužan obaviti prema pacijentu, upućivanje pacijenata u druge oblike zaštite, prava na ortopedsku pomagala i drugo.

#### PRAVA ZAPOSLENIH NA BOLOVANJE I NAKNADE ZA VRIJEME BOLOVANJA

Pravo zaposlenih da izostanu s posla za vrijeme bolesti i drugih slučajeva, te da za vrijeme privremene radne nesposobnosti imaju pravo na nadoknadu plaće, postojala je u prošlom zakonodavstvu i zadržana u sadašnjem. Privremenu radnu nesposobnost utvrđuje sada isključivo odabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite, a za dulji period uz odobrenje kontrolora osiguranja. Prema propisima do 1990. godine to pravo je imao liječnik medicine rada ili liječnik opće prakse prema mjestu rada za kraći period (30 dana), a nakon toga je trebao uputiti bolesnika na ocjenu tročlanoj komisiji osiguranja. Nadoknada plaće danas tereti poduzeće za prvih 42 dana bolovanja, a nakon toga tereti osiguranje. Ranije je osiguranje plaćalo nadoknadu plaće od početka bolesti, zatim nakon 8 dana, pa nakon 30 dana. Isto tako je došlo do promjene u najdužem trajanju bolovanja. Ranije je bolesnik bio upućivan na ocjenu invalidnosti, ako je bolest trajala dvije godine, dok se danas bolesnik upućuje već nakon jedne godine.

Pravo osiguranica na porođiljni dopust znatno je prošireno u odnosu na prošle propise. Dodatni porođiljni dopust može trajati do tri godine, a po prvi put to pravo imaju i seljanke. Međutim, najveći dio troškova po toj osnovi isplaćuje se na teret proračuna Republike, a ne na teret osiguranja.

Pravo osiguranika u vezi s ocjenom privremene radne nesposobnosti indirektno je povezano s ugovornom obvezom liječnika primarne zdravstvene zaštite da ukupna stopa bolovanja u tromjesečnom razdoblju neće biti veća od 3,5%, a možebitna prekoračenja liječnik je obavezan obrazložiti opravdanim razlozima. Ukoliko se obrazloženje ne prihvati, a prekoračenje je veće od 10%, liječniku se umanjuje za 5% mjesečna nadoknada. Za uzastopna neopravdana prekoračenja ukupne stope bolovanja preko 5% Zavod za osiguranje može raskinuti ugovor s liječnikom i predložiti Ministarstvu postupak za oduzimanje radne dozvole. Treba napomenuti da u pojedinim industrijskim granama i poduzećima (tekstilna industrija, metalurgija, poduzeća s pretežno ženskom radnom snagom), te u posebno složenim socijalnim prilikama ukupnu stopu bolovanja od 3,5% teško je održavati, te će neki liječnici i njihovi pacijenti dolaziti u neravnopravni položaj u ostvarivanju prava izostanka s posla zbog bolesti.

## SUPLAĆANJE TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Kao razlog za suplaćanje ("participaciju") troškova zaštite prilikom korištenja obično se navodi nekoliko razloga: ograničenje nepotrebnih oblika zaštite, dodatni izvor prihoda u sustavu zdravstva, odgoj pacijenata ("liječenje je skupo", "zdravlje treba čuvati") i sl. Prema sadašnjim propisima dio osiguranika je oslobođen suplaćanja (djeca, trudnice, socijalno ugroženi, itd.). Za dio usluga iznosi su mali (2,50 kn za recept, 2,50 kn posjet liječniku primarne razine, 8 kn specijalistički pregled, itd.), tako da je novčani učinak relativno mali (oko 1% troškova zaštite). No i relativno mali iznosi za osiguranike slabijeg materijalnog stanja, a naročito one koji češće trebaju zdravstvenu skrb, nisu zanemarivi te mogu rezultirati neopravdano smanjenim korištenjem zaštite i imati negativne posljedice na zdravlje.

Veće promjene dogodile su se i u sustavu zdravstva, kao što su privatizacija zdravstvene zaštite na primarnoj razini, upravljanje ustanovama zdravstva, kontrola rada zdravstvenih radnika, uvođenje sustava trajnog usavršavanja i druge, što je najvećim dijelom usmjereno na podizanje kvalitete zaštite i očuvanju prava građana na dosadašnju razinu zdravstvene zaštite.