

INICIJATIVA ZA DONOŠENJE ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU („Službene novine FBiH“, 30/97, 7/02, 70/08 i 48/11)

Član 1.

Član 56. glasi:

Naknadu plaće iz člana 42. tač. 1. i 2. ovog zakona (ako su osiguranici: 1. privremeno spriječeni za rad zbog bolesti ili povrede odnosno radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smješteni u zdravstvenu ustanovu, 2. privremeno spriječeni za rad zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može obaviti izvan radnog vremena osiguranika) obračunava i isplaćuje osiguraniku na teret svojih sredstava pravna ili fizička osoba za prvih 42 dana bolovanja kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koje ga je uputila pravna ili fizička osoba.

U članu 56. broj „42“ zamijeniti sa brojem „15“.

Objasnenje

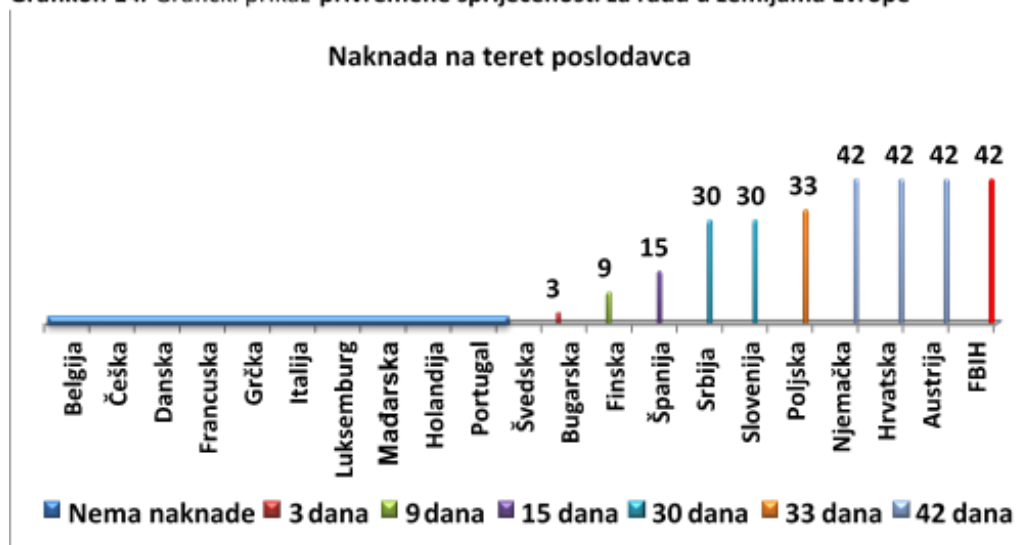
Smatramo da je neophodna izmjena člana 56. i da je vrijeme u kojem poslodavac ima obavezu naknade plaće za vrijeme bolovanja predugo.

Poslodavac za vrijeme bolovanja radnika mora naći adekvatnu zamjenu kako se ne bi prekinuo kontinuitet u poslovanju i tada je poslodavac izložen duplom trošku, što se može negativno odraziti na njegovo poslovanje. Također, slučajevi iz prakse pokazuju razne zloupotrebe bolovanja i neophodno je izmijeniti zakonsku odredbu i zaštititi poslodavce od takvih slučajeva.

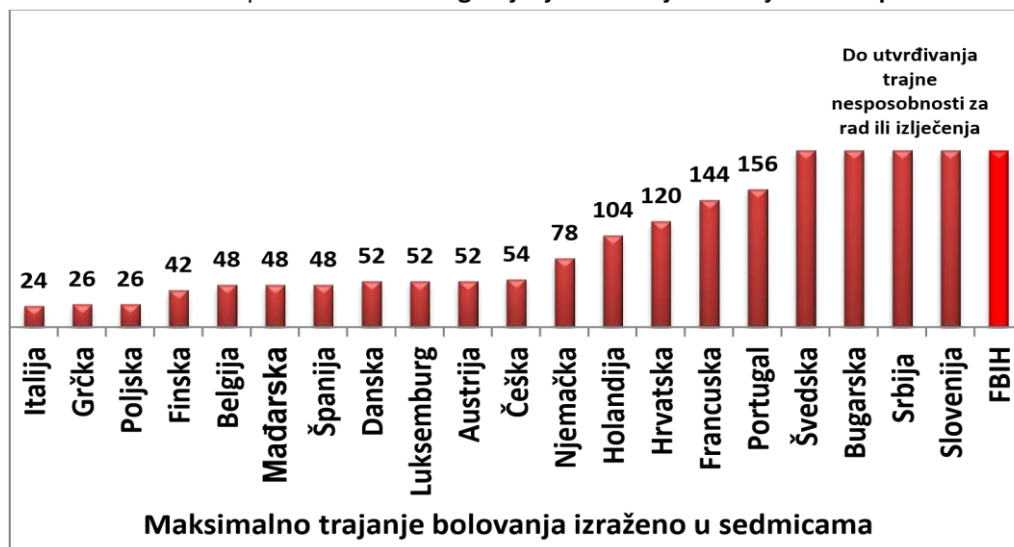
U nastavku ćemo prikazati grafikon sa zakonskim rješenja u zemljama Evrope iz kojeg je vidljivo kako je u Federaciji BiH vremenski period obaveze plaćanja naknade plaće radniku za vrijeme bolovanja najduži.

U drugom grafikonu je prikazano koliko je maksimalno trajanje bolovanja u zemljama regiona i nekim evropskim zemljama i u tom grafikonu Federacija BiH se nalazi među zemljama sa najdužim trajanjem bolovanja, čak do utvrđivanja trajne nesposobnosti za rad, ili izlječenja što može pričiniti veliku štetu poslodavcu.

Grafikon 14: Grafički prikaz privremene spriječenosti za radu u zemljama Evrope⁸²



Grafikon 15: Grafički prikaz maksimalnog trajanja bolovanja u zemljama Evrope⁸³



I u Republici Srpskoj, prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju ("Sl. glasnik RS", br. 18 od 16 jula 1999; 51/01, 70/01, 51/03, 57/03, 17/08, 1/09, 106/09) pravo na naknadu neto plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad imaju osiguranici zaposleni u državnim i privatnim preduzećima i ustanovama. Naknadu plate za prvih 30 dana privremene nesposobnosti za rad obezbjeđuje poslodavac iz svojih sredstava, a po isteku 30 dana, a najduže do 12 mjeseci naknadu neto plate obezbjeđuje Fond.

Na osnovu svega navedenog mislimo da bi se trebala izvršiti izmjena člana 56. Zakona o zdravstvenom osiguranju i smanjiti vremenski period u kojem poslodavac ima obavezu

naknade plaće radniku za vrijeme bolovanja.

Očigledno je da treba pristupiti usaglašavanju propisa ne samo sa Republikom Srpskom nego i zemljama okruženja i zemljama EU.

Član 2.

Član 58. glasi:

Naknadu plaće zbog povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti obračunava i isplaćuje iz svojih sredstava pravna, odnosno fizička osoba kod kojeg je zaposlen osiguranik, sve dok osiguranik nije radno sposoban, odnosno do pravosnažnosti odluke nadležnog tijela o utvrđivanju invalidnosti osiguranika, osim u slučaju stečajnog postupka kada naknadu isplaćuje kantonalni zavod osiguranja.

U članu 58. riječi „sve dok osiguranik nije radno sposoban, odnosno do pravosnažnosti odluke nadležnog tijela o utvrđivanju invalidnosti osiguranika“ brišu se, a umjesto njih se dodaju riječi „za prvih 15 dana bolovanja“. Ostali dio teksta ostaje nepromijenjen.

Obrazloženje:

Smatramo da je neophodno izvršiti korekciju člana 58. jer oporavamo obavezu poslodavaca da snose teret isplate plaće zbog povrede na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti, ali osporavamo i rok koji je određen ovim članom u kojem poslodavci imaju navedenu obavezu.

Uzmimo u obzir da se najveći broj povreda na radu dešava i pored toga što su poduzete sve neophodne mjere zaštite na radu. One su sastavni dio rizika obavljanja poslova i radnih zadataka i ne mogu se izbjeći, ali je potrebno naglasiti da, u tim slučajevima, poslodavac nije odgovoran, jer je preduzeto sve kako bi se spriječile povrede na radu ili smanjio rizik od nastanka povrede.

Zakonom o penzijskom i invalidskom osiguranju u FBiH je između ostalog navedeno kako se povredom na radu smatra i ona povreda koja je nastala na putu od mjesta stanovanja do radnog mjesta radnika i obrnuto, te povreda koja je nastala kao posljedica nekog nesretnog slučaja i kao posljedica više sile za vrijeme obavljanja poslova.

Smatramo da je nerealno da poslodavac snosi odgovornost i da ima obavezu plaćanja za nešto za šta apsolutno nije odgovoran. Kako poslodavac može da utječe na povredu koja može da nastane za vrijeme putovanja radnika do radnog mjesta od mjesta stanovanja, ili obrnuto. Uzmimo primjer saobraćajne nezgode koja se desi na putu do radnog mjesta, a koja je izazvana od strane trećeg lica. Da li je opravdano da poslodavac snosi odgovornost u slučaju nastanka povrede od strane trećeg lica, više sile, ili onda kada je oštećeni isključivo za nju odgovoran?

Zakonom o obligacionim odnosima regulisano je pitanje odgovornosti za nastanak štete, a ovim Zakonom je to učinjeno potpuno suprotno navedenom zakonu, a sve u cilju zaštite sredstava fonda, a na štetu poslodavca. Ako Fond smatra da ima osnov za regres nastalih

troškova može da se pozove na Zakon o obligacionim odnosima.

U većini evropskih zemalja ovo pitanje je regulisano Zakonom o obligacionim odnosima, stoga smatramo da bi se na taj način trebalo postupati i kod nas.

Također, poznato je da poslodavci plaćaju dio doprinosa za zdravstveno osiguranje u iznosu od 4%. Zar to nije dovoljno da pokrije naknadu plaće u ovakvim slučajevima, koji se slobodno možemo reći i ne događaju tako često, posebno na radnim mjestima na kojima je smanjen rizik od povreda i gdje nije riječ o obavljanju tzv. opasnih djelatnosti. Poslodavac sve vrijeme ima obavezu uplate doprinosa, a onda se još i u ovakvim slučajevima zahtijeva da snosi odgovornost za naknadu plaće.

Takođe i radnici su obavezni plaćati doprinos za zdravstveno osiguranje u visini 13% plate. Na osnovu svega navednog, postavlja se **pitanje koja je svrha obaveznog zdravstvenog osiguranja.**

Prema odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju Republike Srbije ("Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 109/2005 - ispr., 57/2011, 110/2012 - odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - odluka US, 106/2015 i 10/2016) naknadu zarade za slučajeve privremene spriječenosti za rad iz člana 74. ovog zakona (u kojem su između ostalog navedena i privremena spriječenost za rad usljed profesionalne bolesti ili povrede na radu), za prvih 30 dana spriječenosti za rad obezbijeduje poslodavac iz svojih sredstava, a od 31. dana naknadu zarade obezbijeduje Republički fond, odnosno matična filijala.

Iz odredbe je vidljivo i kako se ne pravi razlika između privremene spriječenosti za rad usljed profesionalne bolesti ili profesionalne bolesti i privremene spriječenosti za rad do koje je došlo zbog nekih drugih okolnosti, dok u Federaciji to nije slučaj.

Prema Pravilniku o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti Republike Hrvatske naknadu plaće koja pripada osiguraniku za vrijeme privremene nesposobnosti za rad uzrokovane priznatom ozljedom na radu, odnosno profesionalnom bolešću obračunava i isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava pravna, odnosno fizička osoba - poslodavac.

Sredstva koja je poslodavac isplatio, Zavod je obavezan vratiti poslodavcu u roku od dana 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju Crne Gore ("Službeni list Crne Gore", br. 006/16 od 22.01.2016, 002/17 od 10.01.2017), naknadu zarade za vrijeme privremene spriječenosti za rad dužan je da obračuna i isplati poslodavac. Poslije isteka 60 dana privremene spriječenosti za rad, naknadu zarade obračunava i isplaćuje poslodavac, a Fond poslodavcu refundira isplaćena sredstva.

Član 3.

Član 81. glasi:

Za povredu na radu i oboljenja od profesionalne bolesti osiguranika pravna ili fizička osoba osigurava u cijelosti sredstva za ostvarivanje prava iz članka 36. ovog zakona.

Pravna ili fizička lica obvezna su da se reosiguraju radi rizika iz stavka 1. ovog članka.

Član 81. Zakona o zdravstvenom osiguranju se briše.

Obrazloženje

Smatramo da je neophodno brisati ovaj član iz istih razloga koji su navedeni u prethodnom obrazloženju.

Stavom 1. ovog člana definiše se da je u slučaju povrede na radu i oboljenja od profesionalne bolesti poslodavac dužan da osigura u cijelosti sredstva za ostvarivanje prava iz člana 36. Zakona o zdravstvenom osiguranju, a članom 36. definisano je da se kod povreda na radu, ili oboljenja od profesionalne bolesti, osiguranicima se obavezno osigurava zdravstvena zaštita i sprovođenje mjera otkrivanja i sprečavanja povreda na radu i oboljenja od profesionalne bolesti, odgovarajuća medicinska pomoć i pravo na ortopedska pomagala radi liječenja i medicinske rehabilitacije od posljedica povreda na radu i oboljenja od profesionalnih bolesti radi uspostavljanja radne sposobnosti, naknada putnih troškova u vezi s korišćenjem zdravstvene zaštite i rehabilitacije prouzrokovane povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti, naknada plaće za svo vrijeme trajanja bolovanja prouzrokovanog povredom na radu, odnosno oboljenjem od profesionalne bolesti.

Podsjećamo na pitanje koja je svrha obaveznog zdravstvenog osiguranja sa aspekta poslodavca ako on mora osim što je obavezan redovno uplaćivati doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje i pri tome posebno uplaćivati sredstva za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu kod povreda na radu ili oboljenja od profesionalne bolesti.

Dalje, u stavu 2. ovog člana definisano je da su pravna ili fizička lica obvezna da se reosiguraju radi rizika iz stavka 1. ovog članka.

Pravna ili fizička lica nisu u mogućnosti sprovesti navedene odredbe Zakona o zdravstvenom osiguranju u FBiH iz razloga što nisu u mogućnosti kupiti uslugu iz stava 2. člana 81. (uslugu reosiguranja).

Problem predstavlja činjenica da se na tržištu Federacije BiH ne može kupiti proizvod zvani "reosiguranje". Kako bi naš zahtjev bio jasniji u nastavku ćemo objasniti pojam reosiguranja i njegov značaj za poslodavce u smislu ovog zakona.

Riječ je o posebnoj vrsti osiguranja koja se ostvaruje tako što osiguravajuće društvo prenosi na reosiguravajuće društvo dio rizika koji je prethodno preuzeo u osiguranje i za uzvrat plaća reosiguravajućem društvu premiju reosiguranja - direktno reosiguranje.

U dopisu koji je upućen jednom od društava za reosiguranje u Federaciji BiH pojašnjeno nam je kako se društvo za reosiguranje bavi preuzimanjem rizika od društava za osiguranje i posluje isključivo sa društvima za osiguranje, ili reosiguranje. U skladu sa Zakonom o društvima za osiguranje u privatnom osiguranju, oni ne mogu preuzimati rizike od fizičkih ili pravnih osoba, niti je to djelatnost reosiguranja.

Naveli su kako da bi nešto bilo reosigurano, prvo mora biti osigurano. Sve što je navedeno ukazuje na apsurd stava 2. člana 81. i na štetu koja se nanosi poslodavcima propisujući im obavezu koju nije moguće ispuniti. Zakoni moraju da budu jasni i precizni, stoga predlažemo brisanje člana 81. Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Problem predstavlja i činjenica da u Federaciji BiH ne postoji usluga dodatnog osiguranja zbog povećane opasnosti na radu. Poslodavci uplaćuju za svakog radnika osiguranje na mjesečnom nivou, ali ne postoji mogućnost uplate dodatnog osiguranja u navedenim slučajevima.

Također, bitno je napomenuti da smo se osvrnuli na rješenje susjednih država u vezi sa ovim pitanjem i Zakoni o zdravstvenom osiguranju susjednih država ne poznaju pojam reosiguranja pravnih ili fizičkih lica.