

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

## **PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA ZAKONA O OBVEZKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

### **I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA**

Ustavna osnova za donošenje Zakona o izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju sadržana je u članku 2. stavku 4. podstavku 1. Ustava Republike Hrvatske (Narodne novine, br. 56/90, 135/97, 8/98 – pročišćeni tekst, 113/2000, 124/2000 – pročišćeni tekst, 28/2001, 41/2001 – pročišćeni tekst, 55/2001 – ispravak, 76/2010 i 85/2010 – pročišćeni tekst).

### **II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI**

Hrvatski sabor je na sjednici održanoj 15. prosinca 2008. godine donio Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, broj 150/2008), koji je noveliran u srpnju 2009. godine (Narodne novine, broj 94/2009), u prosincu 2009. godine (Narodne novine, broj 153/2009), u lipnju 2010. godine (Narodne novine, broj 71/2010), te u studenome 2010. godine (Narodne novine, broj 139/2010).

Važećim Zakonom uređuje se obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba obvezno osiguranih prema ovom Zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja, kao i prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Vezano uz postupak pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji, te usklađenje propisa Republike Hrvatske s pravnom stečevinom Europske unije, kao jedna od mjera u Poglavlju 23. Pravosuđe i temeljna prava, predviđena je analiza usklađenosti odredbi zakona s odredbama Zakona o općem upravnom postupku (Narodne novine, broj 47/2009).

Nastavno na navedeno, nakon izvršene cjelovite analize, ukazala se potreba usklađenja određenih odredbi Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, u vezi postupka za ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, te osiguranja zaštite prava kroz prvostupanjski i drugostupanjski upravni postupak.

Ovim zakonskim prijedlogom preciznije se uređuju postupak ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja kojeg je provoditelj Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Isto tako zakonskim prijedlogom smanjuje se i postotak sudjelovanja osiguranih osoba za zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: opće/obiteljske medicine, ginekologije i dentalne medicine, te prilikom izdavanja lijekova na recept. Iznos sudjelovanja sa sadašnjih 0,45% od proračunske osnovice (sada 15 kuna) smanjuje se na 0,30% (10 kuna).

Time se omogućuje osiguranim osobama da primarnu zdravstvenu zaštitu u okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju sa smanjenim osobnim učešćem.

Predloženim zakonom nastavlja se daljnja provedba reforme sustava zdravstva i stvaraju se preduvjeti za provedbu mjera u okviru provedbenih aktivnosti za ostvarenje gospodarskog oporavka.

### **III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVEDBU OVOGA ZAKONA**

Ocjenjuje se da za provedbu predloženog zakona neće biti potrebno osigurati dodatna sredstva u državnom proračunu Republike Hrvatske.

### **IV. PRIJEDLOG ZA DONOŠENJE ZAKONA O IZMJENAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU PO HITNOM POSTUPKU**

Zbog potrebe što žurnijeg usklađenja važećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju sa Zakonom o općem upravnom postupku, kao i u cilju smanjenja postotka sudjelovanja osiguranih osoba za zdravstvenu zaštitu radi daljnje provedbe Programa gospodarskog oporavka Republike Hrvatske, ocjenjuje se da postoje osobito opravdani državni razlozi za donošenje ovoga zakona po hitnom postupku u smislu odredbe članka 159. Poslovnika Hrvatskoga sabora (Narodne novine, br. 71/2000, 129/2000, 117/2001, 6/2002 – pročišćeni tekst, 41/2002, 91/2003, 58/2004, 69/2007, 39/2008 i 86/2008).

## **KONAČNI PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

### **Članak 1.**

U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, br. 150/2008, 94/2009, 153/2009, 71/2010 i 139/2010), u članku 16. stavku 4. brojka: "0,45" zamjenjuje se brojkom: "0,30".

### **Članak 2.**

U članku 26. točki 7. riječi: "iz članka 15. stavka 2. i 3. Zakona" zamjenjuju se riječima: "sukladno propisima".

### **Članak 3.**

Članak 34. mijenja se i glasi:

"Osiguranik koji je nezadovoljan ocjenom izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite o pravu na korištenje bolovanja ima pravo uložiti prigovor Zavodu.

Zavod je obvezan u roku od 15 dana od dana podnošenja prigovora iz stavka 1. ovoga članka izdati osiguraniku obavijest u pisanom obliku o načinu i postupku ostvarivanja prava po prigovoru.

Osiguranik nezadovoljan obaviješću iz stavka 2. ovoga članka može pokrenuti upravni spor."

### **Članak 4.**

U članku 35. stavku 2. riječi: "konačnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost osiguranika" zamjenjuju se riječima: "izvršnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja odlučeno o pravu na invalidsku mirovinu, odnosno o pravu na profesionalnu rehabilitaciju".

### **Članak 5.**

U članku 38. stavku 3. riječi: "konačnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja ne bude utvrđena invalidnost" zamjenjuju se riječima: "izvršnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja nije odlučeno o pravu na invalidsku mirovinu, odnosno o pravu na profesionalnu rehabilitaciju".

### **Članak 6.**

U članku 60. stavku 2. riječi: "sukladno svom općem aktu" brišu se.

## **Članak 7.**

Članak 107. mijenja se i glasi:

"U postupcima o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Zavod primjenjujući odredbe Zakona o općem upravnom postupku."

## **Članak 8.**

U članku 108. stavak 2. mijenja se i glasi:

"Protiv drugostupanjskog rješenja Zavoda nije dopuštena žalba, već se protiv njega može pokrenuti upravni spor."

## **Članak 9.**

U članku 109. stavak 2. briše se.

## **Članak 10.**

Članak 111. briše se.

## **Članak 11.**

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u Narodnim novinama.

## OBRAZLOŽENJE

### **Uz članak 1.**

Uređuje se smanjenje iznosa sudjelovanja kojeg su osigurane osobe obvezne plaćati prilikom korištenja zdravstvene zaštite kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: opće/obiteljske medicine, ginekologije i dentalne medicine, te prilikom izdavanja lijekova na recept od 0,45% proračunske osnovice (15 kuna) na 0,30% (10 kuna).

### **Uz članak 2.**

Nomotehnički mijenja se izričaj radi lakše primjene odgovarajućih propisa kojima se uređuje pravo na rodiljni dopust i korištenje prava na rodiljni dopust kao prava na rad s polovicom punog radnog vremena.

### **Uz članak 3.**

Uređuje se da je osiguranik koji je nezadovoljan ocjenom izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite o pravu na korištenje bolovanja ima pravo ima pravo uložiti prigovor Zavodu.

Zavod je obvezan u roku od 15 dana od dana podnošenja tog prigovora izdati osiguraniku obavijest u pisanom obliku o načinu i postupku ostvarivanja prava po prigovoru.

Ako je osiguranik nezadovoljan tom obaviješću može pokrenuti upravni spor.

### **Uz članke 4. i 5.**

Izvršeno je terminološko usklađenje sa Zakonom o općem upravnom postupku.

### **Uz članak 6.**

U članku 60. stavku 2. Zakona na kraju stavka brisane su riječi: "sukladno općem aktu", s obzirom da ne postoji potreba da se općim aktom Zavoda uredi pitanje oslobađanja poslodavca od plaćanja posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu za radnike kojima je poslodavac zdravstvenu zaštitu u zemlji s kojom Republika Hrvatska nema zaključen ugovor o socijalnom osiguranju ili je međudržavnim ugovorom drukčije uređeno, osigurao o svom trošku. Predloženom odredbom Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju usklađuje s odredbama članka 40. stavka 2. i 96. stavka 1. Zakona o općem upravnom postupku.

### **Uz članak 7.**

Ovim člankom propisuje se da u postupcima o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Zavod uz primjenu odredbi Zakona o općem upravnom postupku.

### **Uz članak 8.**

Terminološko usklađenje sa Zakonom o općem upravnom postupku.

### **Uz članak 9.**

Navedenim člankom brisana je odredba stavka 2. članka 109. Zakona budući je postupak rješavanja o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja uređen člankom 107. Zakona izmijenjenog člankom 7. ovoga Zakona.

### **Uz članak 10.**

Navedenim člankom briše se članak 111. Zakona jer je postupak odlučivanja Zavoda o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja uređen člankom 107. izmijenjenog člankom 7. ovoga Zakona.

### **Uz članak 11.**

Uređuje se dan stupanja na snagu Zakona.

## ODREDBE VAŽEĆEGA ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU

### Članak 16.

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz članka 15. ovoga Zakona osigurava se pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe Zavoda.

Osiguranim osobama Zavoda u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 15. ovoga Zakona Zavod osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za:

1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djeci do navršene 18. godine života i djeci iz članka 10. stavka 5. i 6. ovoga Zakona,
2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
3. zdravstvenu zaštitu žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda, te zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinskom oplodnjom sukladno općem aktu Zavoda,
4. preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja,
5. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,
6. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti,
7. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti,
- 7 a. cjelokupno liječenje koje je posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti,
8. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu,
9. zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja,
10. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć,
11. kućne posjete i kućno liječenje,
12. patronažnu zdravstvenu skrb,
13. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo,
14. lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept,
15. zdravstvenu njegu u kući bolesnika
16. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite.

Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotka proračunske osnovice utvrđenih točkom 1. do 8. ovoga stavka za:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
3. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda – 1,50% proračunske osnovice,
4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,
5. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,



6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
7. dentalnu zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07 proračunske osnovice,
8. dentalnu zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih od 65 godina – 15,03 proračunske osnovice.

Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u visini od 0,45% od proračunske osnovice za:

1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine,
2. izdavanje lijeka po receptu.

Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 3. i 4. ovoga članka koji je obvezna snositi osigurana osoba može po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 90,20% proračunske osnovice.

### **Članak 26.**

Pravo na naknadu plaće pripada osiguraniku u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno drugih okolnosti utvrđenih ovim Zakonom, ako je:

1. privremeno nesposoban za rad zbog bolesti ili ozljede, odnosno radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smješten u zdravstvenu ustanovu,
2. privremeno nesposoban za rad zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može obaviti izvan radnog vremena osiguranika,
3. izoliran kao kliconoša ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini, odnosno privremeno nesposoban za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osigurane osobe Zavoda,
4. određen za pratitelja osigurane osobe upućene na liječenje ili liječnički pregled ugovornom subjektu Zavoda izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe koja se upućuje,
5. određen da njeguje oboljelo dijete ili supružnika uz uvjete propisane ovim Zakonom,
6. privremeno nesposobna za rad zbog bolesti i komplikacija u svezi s trudnoćom i porođajem,
7. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnog dopusta i prava na rad s polovicom punoga radnog vremena iz članka 15. stavka 2. i 3. Zakona o roditeljnim i roditeljskim potporama,
8. privremeno spriječen za rad zbog korištenja dopusta za slučaj smrti djeteta, u slučaju mrtvorodenog djeteta ili smrti djeteta za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta,
9. privremeno nesposoban za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu.

10. privremeno nesposoban za rad zbog priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

#### **Članak 34.**

Osiguranik ima pravo u roku od 8 dana staviti prigovor na ocjenu izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite o pravu na korištenje bolovanja ovlaštenom doktoru Zavoda.

Osiguraniku nezadovoljnom ocjenom, nalazom i mišljenjem ovlaštenog doktora Zavoda izdat će se rješenje u upravnom postupku.

Žalba protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka ne odgađa izvršenje rješenja.

U drugostupanjskom upravnom postupku ocjenu, nalaz i mišljenje daje liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda.

#### **Članak 35.**

Osiguranik za vrijeme bolovanja iz članka 26. točke 1. do 6. i 9. ovoga Zakona ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno državnog proračuna dok izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlašteni doktor Zavoda ne utvrde da je sposoban za rad ili dok nije ocjenom nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja kod osiguranika utvrđena invalidnost zbog opće nesposobnosti za rad ili profesionalne nesposobnosti za rad.

Osiguranik za vrijeme bolovanja iz članka 26. točke 10. ovoga Zakona ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja dok izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlašteni doktor Zavoda ne utvrdi da je sposoban za rad ili dok nije konačnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost osiguranika.

Kada je prema ocjeni izabranog doktora, a nakon provedenog liječenja i medicinske rehabilitacije zdravstveno stanje osiguranika takvo da se daljnjim liječenjem ne može poboljšati te je kod osiguranika nastupila trajna nesposobnost za rad, kao i u slučaju kada bolovanje traje neprekidno 6 mjeseci zbog iste bolesti, izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite obvezan je obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti, te sa svom propisanom dokumentacijom uputiti osiguranika nadležnom tijelu vještačenja mirovinskog osiguranja koje je obvezno donijeti ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti najkasnije u roku od 30 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite i o istome obavijestiti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite i nadležni područni ured Zavoda u roku od 8 dana od dana donošenja nalaza, mišljenja i ocjene.

Nadležno tijelo vještačenja mirovinskog osiguranja u nalazu, mišljenju i ocjeni koje donosi prema prijedlogu izabranog doktora iz stavka 3. ovoga članka obvezno utvrđuje samo da invalidnost kod osiguranika ne postoji ili da je kod osiguranika nastupila opća, odnosno profesionalna nesposobnost za rad.

Nadležno tijelo vještačenja, kad utvrdi da je kod osiguranika nastupila profesionalna nesposobnost za rad, obvezno je u nalazu, mišljenju i ocjeni navesti poslove i radne zadatke koje osiguranik s obzirom na preostalu radnu sposobnost može obavljati, odnosno koje poslove i radne zadatke ne može obavljati.

Ako nadležno tijelo vještačenja ne donese nalaz, mišljenje i ocjenu i ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite i nadležni područni ured Zavoda u rokovima iz stavka 3. ovoga članka osiguranik od prvoga idućeg dana nakon isteka roka od 30 dana iz stavka 3. ovoga članka ostvaruje naknadu plaće kod Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje na teret sredstava toga Zavoda.

Obrada osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti tereti sredstva Zavoda samo u slučajevima kada je izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite uputio osiguranika u skladu sa stavkom 3. ovoga članka, odnosno po prijedlogu ovlaštenog doktora Zavoda.

### **Članak 38.**

Osiguraniku kojem je za vrijeme trajanja bolovanja prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom, pripada naknada plaće, još najviše 30 dana nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom.

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, ako je osiguranik u vrijeme prestanka radnog odnosa bio u korištenju bolovanja koje je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu, pripada mu naknada plaće za navedeno bolovanje i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom sve dok ponovno ne bude radno sposoban, odnosno dok mu nalazom, mišljenjem i ocjenom nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja ne bude utvrđena invalidnost u skladu s člankom 35. ovoga Zakona, a najduže do isteka roka ostvarivanja prava na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenog u članku 39. ovoga Zakona.

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, ako je osiguranik u vrijeme prestanka radnog odnosa bio u korištenju bolovanja zbog priznate ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti, pripada mu naknada plaće za navedeno bolovanje nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom sve dok ponovno ne bude radno sposoban, odnosno dok mu konačnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja ne bude utvrđena invalidnost.

Za vrijeme bolovanja zbog bolesti i komplikacija u svezi s trudnoćom i porođajem, korištenja prava na rodiljni dopust i prava na rad s polovicom punoga radnog vremena iz članka 26. točke 7. ovoga Zakona, te prava na dopust za slučaj smrti djeteta iz članka 26. točke 8. ovoga Zakona, osiguraniku koji koristi jedno od navedenih prava pripada pravo na naknadu plaće i po prestanku radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom do isteka korištenja istog prava.

Osiguraniku koji je tijekom korištenja prava iz stavka 1., 2. i 4. ovoga članka zasnovao radni odnos s punim ili nepunim radnim vremenom ili je počeo obavljati djelatnost osobnim radom prestaje pravo na naknadu plaće ostvarene sukladno ovom članku.

## **Članak 60.**

Obveznici plaćanja posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu utvrđeni prema posebnom zakonu mogu biti oslobođeni plaćanja tog doprinosa za osiguranika koji nije osiguran kod stranog nositelja zdravstvenog osiguranja pod uvjetom da djelatnost obavljaju u državi s kojom Republika Hrvatska nema zaključen ugovor o socijalnom osiguranju ili je međudržavnim ugovorom drukčije određeno, ako su zdravstvenu zaštitu u inozemstvu osigurali o svojem trošku.

Na zahtjev obveznika uplate doprinosa iz stavka 1. ovoga članka oslobađanje plaćanja doprinosa utvrđuje Zavod rješenjem sukladno svom općem aktu.

Posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu mogu plaćati i osigurane osobe Zavoda koje po privatnom poslu borave u inozemstvu.

Osigurana osoba iz stavka 3. ovoga članka koja ne podnese Zavodu prijavu boravka u inozemstvu i prethodno ne uplati poseban doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu za sve vrijeme planiranog boravka u inozemstvu, ako općim aktom Zavoda nije drukčije propisano, nema pravo na teret sredstva obveznoga zdravstvenog osiguranja ostvariti naknadu troškova te zdravstvene zaštite.

Osnovicu i stopu te način obračuna i uplate posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu za osigurane osobe Zavoda koje po privatnom poslu borave u inozemstvu utvrđuje Zavod.

## **Članak 107.**

O pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja odlučuje Zavod u pravilu bez donošenja rješenja.

Zavod donosi rješenja o pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja kada je to utvrđeno općim aktom Zavoda ili na zahtjev osigurane osobe.

## **Članak 108.**

Radi zaštite prava iz ovoga Zakona, osiguranim se osobama u Zavodu osigurava dvostupanjsko rješavanje u postupku koji je pokrenula osigurana osoba.

Drugostupanjsko rješenje Zavoda je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor.

## **Članak 109.**

O pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja rješava:

1. u prvom stupnju – područni uredi Zavoda nadležni prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe,
2. u drugom stupnju – Direkcija Zavoda.

U postupku rješavanja o pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja primjenjuje se Zakon o općem upravnom postupku, ako ovim Zakonom nije drukčije uređeno.

## **Članak 111.**

U postupcima za priznavanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema ovom Zakonu sudjeluje ovlašteni doktor Zavoda, dok u postupcima iz članka 109. stavka 1. točke 2. ovoga Zakona sudjeluje liječničko povjerenstvo Zavoda, ako općim aktom Zavoda iz stavka 2. ovoga članka nije drukčije utvrđeno.

Opći akt o ovlastima i načinu rada ovlaštenog doktora Zavoda, odnosno sastavu, ovlastima i načinu rada liječničkog povjerenstva Zavoda donijet će Upravno vijeće Zavoda.