

**REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI**

**NACRT KONACNOGA PRIJEDLOGA
ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

Zagreb, lipanj 2006.

NACRT KONACNOGA PRIJEDLOGA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. OPCE ODREDBE

Clanak 1.

U Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje je obvezno i dobrovoljno.

Obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na nacelima uzajamnosti i solidarnosti, na nacin i pod uvjetima utvrđenim ovim Zakonom.

Opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, koji se pod jednakim uvjetima osigurava svim osiguranim osobama utvrđen je odredbama ovoga Zakona i propisima donesenim na temelju ovoga Zakona.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje provodi se na nacin i pod uvjetima utvrđenim posebnim zakonom.

Clanak 2.

Ovim Zakonom uređuje se sustav obveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj koje provodi Zavod, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba osiguranih prema ovom Zakonu, uvjeti i nacin njihova ostvarivanja i financiranja kao i prava i obveze nositelja obveznog zdravstvenog osiguranja, ukljucujuci i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite.

II. OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Clanak 3.

Na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim Zakonom obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako medunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukcije određeno.

Iznimno, djeca do navršene 18. godine života s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj smatraju se osiguranim osobama kojima se osiguravaju prava i obveze koje proizlaze iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Osiguranim osobama kojima se osiguravaju prava i obveze koje proizlaze iz obveznog zdravstvenog osiguranja u smislu ovoga Zakona, smatraju se osiguranici, clanovi obitelji osiguranika i druge osigurane osobe.

Clanak 4.

Prava i obveze koje pripadaju osiguranim osobama iz clanka 3. stavka 3 ovoga Zakona i propisima donesenim na temelju ovoga Zakona ne mogu se prenositi na druge osobe niti nasljeđivati.

Iznimno od odredbe stavka 1. ovoga clanka, nasljeđivati se mogu prava na novcana primanja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplacena zbog smrti osigurane osobe.

III. OSIGURANE OSOBE

1. OSIGURANICI

Clanak 5.

Status osiguranika prema ovom Zakonu stjecu:

1. osobe u radnom odnosu kod domaceg ili stranog poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj,
2. osobe koje su izabrane ili imenovane na stalne dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i podrucne (regionalne) samouprave, ako za taj rad primaju placu i ako nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi,
3. osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj zaposlene u inozemstvu kod stranog poslodavca koje nemaju zdravstveno osiguranje stranog nositelja zdravstvenog osiguranja, odnosno koje nisu obvezno osigurane prema inozemnim propisima na nacin kako je to određeno medunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju,
4. clanovi uprave trgovackih društava ako nisu zdravstveno osigurani po drugoj osnovi,
5. osobe koje se nakon završenog obrazovanja strucno osposobljavaju bez zasnivanja radnog odnosa sukladno Zakonu o radu,
6. osobe koje na podrucju Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednacjenih djelatnosti, osobe koje samostalno u obliku slobodnog zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost te osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju djelatnost poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje, ako su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit, a nisu osigurane po osnovi rada,
7. poljoprivrednici koji u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje ako su vlasnici, posjednici ili zakupci te ako nisu obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i nisu zdravstveno osigurani po osnovi rada,
8. svećenici i drugi vjerski službenici vjerske zajednice, koja je upisana u evidenciju vjerskih zajednica koju vodi nadležno državno tijelo, ako nisu osigurani po osnovi rada,

9. korisnici mirovine i korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju po propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske i korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drukcije određeno, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
10. nezaposlene osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj prijavljene u evidenciji nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje, koje nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi, ako su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana:
 - a) od prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti ili od prestanka primanja naknade place na koju imaju pravo prema ovom Zakonu ili prema propisima donesenim na temelju ovoga Zakona,
 - b) od odsluženja vojnog roka ili nakon prestanka nesposobnosti zbog bolesti zbog koje su otpuštene s te vojne službe,
 - c) od otpuštanja iz ustanove za izvršenje kaznenih i prekršajnih sankcija, iz zdravstvene ili druge specijalizirane ustanove, ako je bila primijenjena sigurnosna mjera obveznoga psihijatrijskog liječenja ili obveznoga liječenja od ovisnosti u zdravstvenoj ustanovi,
 - d) od isteka školske godine u kojoj su završile redovito školovanje,
 - e) od dana navršenih 18 godina života ako nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi,
 - f) od dana prestanka primanja novčane naknade na koju imaju pravo prema ovome Zakonu ili prema propisima donesenim na temelju ovoga Zakona,
11. učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište, odnosno boravište u Republici Hrvatskoj, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, a nisu zdravstveno osigurani kao članovi obitelji osiguranika, s time da to pravo mogu koristiti najduže do isteka školske godine u kojoj su završili redovito školovanje,
12. osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj koje su prema propisima o školovanju izgubile status učenika, odnosno redovitog studenta ako su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana gubitka statusa učenika ili redovitog studenta i ako pravo na zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi, s tim da to pravo mogu koristiti najduže dvije godine od dana prijave Zavodu,
13. supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako je prijavljen u evidenciji nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje i ako se Zavodu prijavio u roku od 30 dana od smrti supružnika, a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi,
14. osobe s prebivalištem te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog ili civilnog invalida rata i mirnodopskog vojnog invalida, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine sukladno Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

15. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
16. osobe koje pružaju njegu i pomoc hrvatskom ratnom vojnom invalidu Domovinskog rata prema propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i clanova njihovih obitelji, ako nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi,
17. osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj koje su bile korisnici zdravstvene zaštite po Zakonu o osnovnim pravima vojnih invalida i obitelji palih boraca ("Narodne novine" br. 53/91.), Zakonu o invalidskom dodatku i drugim pravima vojnih invalida ("Narodne novine", br. 75/85., 55/86. i 57/89.), Zakonu o zaštiti boraca narodnooslobodilackog rata ("Narodne novine" br. 57/85., 55/86. i 57/89.), Zakonu o zaštiti žrtava fašistickog terora i gradanskih žrtava rata ("Narodne novine", br. 57/85., 55/86., 27/88. i 57/89.), Zakonu o posebnoj novcanoj naknadi borcima narodnooslobodilackog rata i predratnim revolucionarima ("Narodne novine", br. 52/78., 48/80., 20/86. i 27/88.) i po Uredbi o zaštiti žrtava rata za obranu Republike Hrvatske i njihovih obitelji ("Narodne novine", br. 52/91.) ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
18. osobe na odsluženju vojnog roka (rocnici), obveznici civilne službe (civilni obveznici) te pricuvnici za vrijeme obavljanja službe u oružanim snagama Republike Hrvatske, ako nisu osigurane po drugoj osnovi,
19. osobe koje su prekinule rad zbog toga što ih je pravna ili fizicka osoba uputila na obrazovanje ili strucno usavršavanje, dok traje obrazovanje, odnosno strucno usavršavanje,
20. osobe koje je pravna ili fizicka osoba prije stupanja u radni odnos uputila kao svoje stipendiste na praktican rad u drugu pravnu osobu ili kod fizicke osobe radi strucnog osposobljavanja ili usavršavanja, dok traje prakticni rad,
21. osobe upucene u inozemstvo u sklopu medunarodne tehnicko-prosvjetne i kulturne suradnje, dok se nalaze u inozemstvu po toj osnovi,

Pod radnim odnosom sukladno stavku 1. tocki 1. ovoga clanka podrazumijeva se odnos poslodavca i radnika prema propisima o radu i drugim propisima koji ureduju pitanja zapošljavanja.

Djelatnosti osoba iz stavka 1. tocke 6. ovoga clanka su: registrirana djelatnost obrta, poljoprivrede i šumarstva, slobodnog zanimanja (profesionalna djelatnost) i ostale samostalne djelatnosti za cije je obavljanje odobrenje izdalo mjerodavno tijelo za samostalno obavljanje djelatnosti fizicke osobe, upisane u odgovarajuci registar toga tijela te djelatnost s obilježjem samostalnosti, trajnosti i namjere stvaranja stalnog izvora prihoda poreznog obveznika upisanog u registar obveznika poreza na dohodak, sukladno propisima o porezu na dohodak kada se radi o samostalnoj djelatnosti za cije obavljanje nije propisano izdavanje odobrenja ili obveza registracije te djelatnosti.

Osobe koje su status osiguranika stekle prema stavku 1. tocki 10., 13. i 15. ovoga clanka zadržavaju taj status do stjecanja statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju prema nekoj drugoj osnovi utvrdenoj ovim Zakonom, odnosno dok se vode u evidenciji nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje.

Uvjete i nacin stjecanja statusa osiguranika sukladno stavku 1. ovoga clanka Zavod ce pobliže propisati opcim aktom.

Clanak 6.

Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u opsegu u kojem pripadaju osiguranicima, ako ovim Zakonom nije drukcije određeno, imaju i osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima je po osnovi primitaka od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak, a sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja uplaćen jednokratnom ili višekratnim uplatama u posljednjih pet godina doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje najmanje u visini doprinosa obracunatog na najnižu osnovicu za obracun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje za razdoblje od šest mjeseci, ako ne ostvaruju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje po drugoj osnovi.

Osobe iz stavka 1. ovog clanka imaju status osiguranika Zavoda za sve vrijeme dok na temelju uplaćenih doprinosa na druge primitke od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak, a sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja, imaju mjesečno uplaćen doprinos najmanje na najnižu osnovicu za obracun doprinosa.

2. CLANOVI OBITELJI OSIGURANIKA

Clanak 7.

Prema ovom Zakonu, status osigurane osobe kao clanovi obitelji osiguranika mogu steci:

1. supružnik (bracni i izvanbracni, sukladno propisima o obiteljskim odnosima),
2. djeca (rođena u braku, izvan braka ili posvojena, pastorcad), te druga djeca bez roditelja, ako ih osiguranik uzdržava,
3. roditelji (otac, majka, ocuh, maceha i posvojitelj) koji s osiguranikom žive u zajedničkom kucanstvu ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava,
4. unuci, braca, sestre, djed i baka koji s osiguranikom žive u zajedničkom kucanstvu ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava.

Clanovi obitelji osiguranika iz stavka 1. ovoga clanka stjecu pravo po osnovi ovoga Zakona pod uvjetom da isto pravo ne mogu ostvariti po nekoj od osnova iz clanka 5. ovoga Zakona te da imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom nije drukcije određeno.

Zavod ce opcim aktom utvrditi uvjete pod kojima se smatra da je osoba iz stavka 1. ovoga clanka nesposobna za samostalan život i rad i nema vlastitih sredstava za uzdržavanje, te da živi u zajedničkom kucanstvu sa osiguranikom.

Clanak 8.

Supružnik razvodom braka zadržava status osigurane osobe Zavoda kao član obitelji supružnika od kojeg se razveo:

1. ako je sudskom odlukom stekao pravo na uzdržavanje, dok traje uzdržavanje,
2. ako je u vrijeme razvoda braka bio potpuno i trajno nesposoban za rad sukladno propisima o mirovinskom osiguranju,
3. ako su mu sudskom odlukom o razvodu braka djeca povjerena na cuvanje i odgoj, pod uvjetom da se prijave Zavodu u roku od 30 dana od dana pravomocnosti sudske odluke, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi.

Osobe iz stavka. 1. tocke 1. ovoga clanka zadržavaju status osigurane osobe kao članovi obitelji i po prestanku uzdržavanja pod uvjetom da se prijave Zavodu u roku od 30 dana od dana pravomocnosti sudske odluke, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi.

Supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu zadržava status osigurane osobe kao član obitelji ako je u vrijeme smrti supružnika bio stariji od 50 godina života pod uvjetom da se prijavi Zavodu u roku od 30 dana od dana smrti osiguranika, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi.

Clanak 9.

Djeca osiguranika iz clanka 7. stavka 1. tocke 2. ovoga Zakona zadržavaju status člana obitelji osiguranika i nakon navršene 18. godine života ako su na srednjem, odnosno visokom obrazovanju, do kraja redovitog obrazovanja, odnosno najduže do navršene 26. godine života.

Pod redovitim obrazovanjem smatra se obrazovanje do završetka stručnog studija, preddiplomskog, odnosno diplomskog sveučilišnog studija.

Iznimno od odredbe stavka 1. ovoga clanka djeci osiguranika koja su zbog bolesti ili ozljede prekinula redovito obrazovanje, produžava se pravo na obvezno zdravstveno osiguranje za onoliko vremena koliko je trajala bolest, odnosno ozljeda.

Djeci osiguranika iz stavka 3. ovoga clanka kao i djeci osiguranika koja su zbog služenja vojnog roka prekinula redovito obrazovanje, produžava se pravo na obvezno zdravstveno osiguranje za vrijeme nastavka redovitog obrazovanja za onoliko vremena koliko je trajao prekid redovitog obrazovanja.

Djeca osiguranika koja postanu potpuno i trajno nesposobna za samostalan život i rad sukladno posebnim propisima prije navršene 18. godine života, odnosno za vrijeme trajanja redovitog obrazovanja, imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje za sve vrijeme trajanja te nesposobnosti.

Pravo na obvezno zdravstveno osiguranje imaju i djeca osiguranika koja su nakon navršene 18. godine života postala potpuno i trajno nesposobna za samostalan život i rad sukladno posebnim propisima, ako ih osiguranik uzdržava.

Djeca koja imaju jednog ili oba roditelja, a koje je osiguranik uzeo na uzdržavanje, imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao članovi obitelji tog osiguranika, ako se roditelji te djece zbog svojega zdravstvenog stanja ili drugih razloga ne mogu brinuti o djeci i njihovom uzdržavanju.

3. DRUGE OSIGURANE OSOBE

Članak 10.

Osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, koje pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih člancima 5. do 9. i člancima 11. i 12. ovoga Zakona obvezne su se osigurati na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe.

Osobe iz stavka 1. ovoga članka prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja stjecu pod uvjetom da su prethodno jednokratno uplatile doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje od dana prestanka ranijeg statusa osigurane osobe.

Ako za osobe iz stavka 1. ovoga članka nije moguće utvrditi datum prestanka ranijeg statusa osigurane osobe, prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja stjecu pod uvjetom da su prethodno jednokratno uplatile doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje na najnižu osnovicu za obracun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje za razdoblje od 12 mjeseci.

Članak 11.

Državljanima Republike Hrvatske na radu u inozemstvu kod stranog poslodavca obvezni su osigurati na obvezno zdravstveno osiguranje i uplaciivati propisani doprinosi za svakog člana svoje obitelji s prebivalištem, odnosno stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koji nije zdravstveno osiguran kod stranog nositelja zdravstvenog osiguranja, a bio je prije njegova odlaska na rad u inozemstvo zdravstveno osiguran u Republici Hrvatskoj kao član njegove obitelji sukladno članku 7. ovoga Zakona.

Članak 12.

Osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje su nesposobne za samostalan život i rad i nemaju sredstava za uzdržavanje imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe osnovom rješenja koje donosi ured državne uprave nadležan za poslove socijalne skrbi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi.

Mjerila i postupak utvrđivanja nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatka sredstava za uzdržavanje iz stavka 1. ovoga članka propisat će ministar nadležan za poslove socijalne skrbi.

Pravo na obvezno zdravstveno osiguranje prema osnovi osiguranja utvrđenoj odredbom stavka 1. ovoga članka traje za sve vrijeme dok se ne promjene okolnosti na osnovi kojih je pravo priznato.

IV. PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Clanak 13.

Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema ovome Zakonu obuhvacaju:

1. pravo na zdravstvenu zaštitu,
2. prava na novcane naknade.

1. PRAVO NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Clanak 14.

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja u opsegu utvrđenom ovim Zakonom i propisima donesenim na temelju ovoga Zakona obuhvaca pravo na:

1. primarnu zdravstvenu zaštitu,
2. specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,
3. bolnicku zdravstvenu zaštitu,
4. pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda,
5. pravo na stomatološko-protetsku pomoc i stomatološko-protetske nadomjestke,
6. pravo na ortopedska i druga pomagala,
7. pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu.

Pravo osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. tocke 1. do 6. ovoga clanka osigurava se provedbom mjera zdravstvene zaštite.

Mjere zdravstvene zaštite iz stavka 2. ovoga clanka utvrđuju se na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravstvo na prijedlog Zavoda i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima.

Osigurane osobe zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. tocke 1. do 5. ovoga clanka na teret sredstava Zavoda mogu ostvariti u zdravstvenim ustanovama, trgovackim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: ugovorni subjekti Zavoda) na nacin i pod uvjetima koji su utvrđeni ovim zakonom i opcim aktima Zavoda.

Clanak 15.

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz clanka 14. ovoga Zakona osigurava se pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe Zavoda.

Osiguranim osobama Zavoda u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrdenog planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz clanka 14. stavka 3. ovoga Zakona Zavod osigurava placanje zdravstvenih usluga:

1. u cijelosti za:

- preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju te odraslih osoba, osim preventivnih pregleda koje na temelju zakona i drugih propisa osiguravaju poslodavci ili jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave,
- kurativnu zdravstvenu zaštitu i medicinsku rehabilitaciju djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju,
- ortopedska i druga pomagala djeci do 18. godine života, sukladno općem aktu Zavoda,
- preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu odraslih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite, a koja nije točkom 2. do 5. ovoga stavka drukcije uređena,
- preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu žena u svezi s planiranjem obitelji, praćenjem trudnoće i poroda te drugim zdravstvenim potrebama žena i ranim otkrivanjem raka,
- preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu djece do 18. godine života i trudnica,
- 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,
- obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,
- laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite,
- medicinski neophodnu bolničku zdravstvenu zaštitu, osim troškova smještaja i prehrane iz točke 3. i 4. ovoga stavka,
- troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesnika,
- kemoterapiju i radioterapiju, uključujući troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti,
- zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, uključujući troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti,
- hitnu medicinsku pomoć, uključujući troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti tijekom intenzivne skrbi,
- hitnu stomatološku pomoć,
- hitni medicinski prijevoz,
- kućne posjete za akutna stanja,
- kućno liječenje,
- patronažnu zdravstvenu skrb,
- sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo,
- lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda,
- zdravstvenu njegu u kući bolesnika.

2. 85% cijene za:

- specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim fizikalne medicine i rehabilitacije,
- specijalisticku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite,
- ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda,
- liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
- fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući bolesnika,
- specijalisticko-konzilijarnu stomatološku zdravstvenu zaštitu odraslih osoba u parodontologiji,
- specijalisticko-konzilijarnu stomatološku zdravstvenu zaštitu odraslih osoba u oralnoj kirurgiji.

3. 75% cijene za:

- troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih bolesti,
- stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici za osobe iznad 65 godina starosti.

4. 70% cijene za:

- specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji;
- troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje akutnih bolesti.

5. 50% cijene za:

- stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba.

Osiguranim osobama Zavoda – dobrovoljnim davateljima krvi s preko 25 davanja (muškarci), odnosno s preko 15 davanja (žene) te osiguranim osobama Zavoda – darivateljima dijela tijela u svrhu liječenja osigurane osobe Zavoda, za slučajeve iz točke 2. do 5. ovoga članka Zavod osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u postotku za 5% većem od postotka utvrđenih u stavku 2. ovoga članka.

Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u pokricu dijela troškova zdravstvene zaštite iz stavka 2. točke 2. do 5. ovoga članka u postocima do pune cijene zdravstvene zaštite neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod i osiguratelj sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Članak 16.

Osnovna i dopunska lista lijekova Zavoda iz članka 14. stavka 1. točke 4. ovoga Zakona sadrži lijekove koji imaju odobrenje za stavljanje u promet u Republici Hrvatskoj.

Liste lijekova Zavoda iz stavka 1. ovoga članka sadrže lijekove prema šifri anatomsko-terapijsko-kemijske (ATK) klasifikacije lijekova Svjetske zdravstvene organizacije, uobičajenom (nezaštićenom) imenu, (zaštićenom) nazivu lijeka, nazivu proizvođača, obliku lijeka i načinu primjene, cijeni lijeka za definiranu dnevnu dozu, cijeni pakovanja i jedinичnog oblika lijeka, te pravila propisivanja lijekova koji se mogu primjenjivati u liječenju u okviru zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti. Referentna cijena lijekova (cijena koju Zavod plaća iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini najniže cijene koja garantira opskrbu osiguranih osoba Zavoda) utvrđuje se u postupku javnog nadmetanja prema posebnim propisima.

Dopunska lista lijekova sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu Zavod osigurava pokrivenost troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka određenog prema posebnom zakonu, s osnovne liste lijekova.

Dopunska lista lijekova Zavoda osim pune cijene lijeka obvezno sadrži iznos doplate koju osigurava osigurana osoba Zavoda neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguratelji sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Osnovnu i dopunsku listu lijekova, uz prethodno pribavljeno pozitivno mišljenje Hrvatske liječničke komore i Hrvatske stomatološke komore, donosi upravno vijeće Zavoda.

Ako komora iz stavka 6. ovoga članka u roku od 30 dana od dana kada je zatraženo Zavodu ne dostavi mišljenje o osnovnoj, odnosno dopunskoj listi lijekova, smatra se da je dano pozitivno mišljenje.

Obrasce receptata za lijekove s osnovne i dopunske liste lijekova Zavoda propisat će općim aktom Zavod.

Članak 17.

Osigurane osobe imaju pravo na ortopedsku i druga pomagala te stomatološko-protetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke, ako ispunjavaju uvjet prethodnoga obveznoga zdravstvenog osiguranja u Zavodu u trajanju od najmanje 12 mjeseci neprekidno, odnosno 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine prije nastupa osiguranog slučaja.

Odredba stavka 1. ovoga članka ne odnosi se na osigurane osobe mlade od 18 godina te osigurane osobe sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju koje su nesposobne za samostalan život i rad.

Osigurane osobe zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. ovoga članka ostvaruju sukladno općem aktu Zavoda.

Članak 18.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu podrazumijeva pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo, pravo na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inozemstvu u skladu s međunarodnim ugovorima te drugu zdravstvenu zaštitu u inozemstvu u skladu s općim aktom Zavoda.

Pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo osigurana osoba može ostvariti samo ako se radi o potrebi liječenja koje se ne provodi u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu.

Provedbene propise o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu iz stavka 1. ovoga ovog članka donijet će Zavod uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Članak 19.

Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući popis vrsta i broja terapijskih i dijagnostičkih postupaka po osiguranoj osobi na godišnjoj razini, iznos potrebnih sredstava u skladu s osiguranim sredstvima, kao i način ostvarivanja prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u pravilu, za svaku kalendarsku godinu donosi upravno vijeće Zavoda uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora.

Članak 20.

Osiguranim osobama Zavoda u okviru zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ne osigurava se plaćanje troškova zdravstvenih usluga koje su pružene na način i po postupku koji nije propisan ovim Zakonom, odnosno podzakonskim propisima donesenim na temelju ovoga Zakona, kao i za:

- razliku za povećane troškove liječenja koji su posljedica osobne želje osigurane osobe zbog njenog vjerskog ili drugog uvjerenja, a koje predstavlja liječenje izvan utvrđenog standarda zdravstvene zaštite u obveznom zdravstvenom osiguranju koji se osigurava svim osiguranim osobama pod jednakim uvjetima,

- eksperimentalno liječenje, eksperimentalne medicinske proizvode, pomagala i lijekove koji su u fazi kliničkih ispitivanja, terapijski i dijagnostički postupci kao i lijekovi na zahtjev pacijenta u okolnostima kada ti postupci i lijekovi nisu određeni od strane ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovornog liječnika Zavoda u sklopu korištenja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ili po svojoj vrsti i količini nisu pravo iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,

- zahvate estetske rekonstruktivne kirurgije, osim za estetsku rekonstrukciju kongenitalnih anomalija, rekonstrukciju dojke nakon mastektomije, estetsku rekonstrukciju nakon teških ozljeđivanja,

- liječenje dobrovoljno stečenog steriliteta,

- kirurško liječenje pretilosti,

- liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korištenja zdravstvene zaštite izvan obveznoga osiguranja,

- zdravstvenu zaštitu koju na temelju zakona i drugih propisa osiguravaju poslodavci ili jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave,

- zaštitu zdravlja na radu.

Clanak 21.

Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u pokricu dijela troškova zdravstvene zaštite iz clanka 15. stavka 2. tocke 2. do 5. i clanka 16. stavka 5. ovoga Zakona do pune cijene zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: doplata).

Doplata se naplacuje neposredno od osigurane osobe prilikom korištenja zdravstvene zaštite ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja sukladno posebnome zakonu, a prihod su ugovornih subjekata Zavoda.

Doplatu iz clanka 15. stavka 2. tocke 2. do 5. ovoga Zakona za osigurane osobe iz clanka 5. tocke 10. - 18., clanka 12. i 63. ovoga Zakona te za osigurane osobe kojima je priznat status hrvatskog ratnog vojnog invalida prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i clanova njihovih obitelji kao i za osigurane osobe kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog invalida, mirmodopskog vojnog invalida i civilnog invalida rata prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata osigurava Republika Hrvatska.

Iznimno, prema ovome Zakonu doplate iz clanka 15. stavka 2. tocke 2. do 5. ovoga Zakona su oslobođene sljedece osigurane osobe:

- djeca do 18. godine života,
- osobe s invaliditetom i druge osobe kojima se priznaje pomoc druge osobe u obavljanju vecine ili svih životnih funkcija prema posebnim propisima; osobe koje imaju najmanje 80% tjelesnog oštećenja prema propisima o mirovinskom osiguranju, odnosno prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i clanova njihovih obitelji ili prema drugom posebnom zakonu kao i tjelesno hendikepirane osobe,
- dobrovoljni davatelji krvi s preko 35 davanja (muškarci), odnosno s preko 25 davanja (žene),
- osobe ciji prihod po clanu obitelji u pojedinoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos utvrđen clankom 22. ovoga Zakona.

Clanak 22.

Osigurane osobe iz clanka 21. stavka 4. podstavka 4. ovoga Zakona oslobadaju se placanja doplate ako im ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po clanu obitelji, mjesečno nije veći od 45,59% proračunske osnovice (prihodovni cenzus).

Iznimno od stavka 1. ovoga clanka, osiguranik – umirovljenik samac ima pravo na oslobađanje od placanja doplate ako njegov prihod u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 58,31 % proračunske osnovice.

Clanak 23.

Pod prihodom iz clanka 22. ovoga Zakona smatraju se svi primici koje obitelj ostvari na ime dohotka od nesamostalnog rada, dohotka ili dobiti od samostalne djelatnosti, primitaka od kojih se utvrđuje drugi dohodak, imovine i imovinskih prava, kapitala, osiguranja te svi drugi primici ostvareni prema posebnim propisima.

Clanak 24.

Pod dohotkom u smislu ovoga Zakona smatra se:

- placa i drugi oporezivi primici za rad ostvareni od poslodavca (tuzemnog ili inozemnog) umanjena za izdatke prema propisima o porezu na dohodak,
- mirovina od tuzemnog ili inozemnog isplatitelja,
- dohodak od samostalne djelatnosti obrta, slobodnog zanimanja ili poljoprivrede i šumarstva prije svih umanjenja dohotka i bez umanjenja dohotka za gubitak iz ranijih godina,
- dobit ostvarena od samostalne djelatnosti obrta, slobodnog zanimanja ili poljoprivrede i šumarstva prije svih umanjenja dobiti i bez umanjenja dobiti za gubitak iz ranijih godina,
- dohodak s osnove primitaka od kojih se utvrđuje drugi dohodak,
- dohodak od imovine i imovinskih prava,
- dohodak od iznajmljivanja soba i postelja turistima od kojega se placa porez na dohodak u paušalnom iznosu,
- dohodak od dividenda i udjela u dobiti,
- dohodak od osiguranja te
- dohodak od povrata doprinosa placenih na dio osnovice koji prelazi iznos najviše godišnje osnovice za obracun doprinosa.

Clanak 25.

U prihod iz clanka 23. ovoga Zakona uracunava se: naknada za vrijeme privremene sprijecenosti za rad (bolovanje), naknada za rodiljni dopust, novcana naknada za slucaj nezaposlenosti, pomoc za uzdržavanje, doplatak za pripomoc u kuci, pomoc za podmirenje troškova stanovanja, doplatak za pomoc i njegu, doplatak za djecu, ortopedski doplatak, osobna invalidnina, opskrbnina i obiteljska invalidnina ostvareni prema posebnim propisima.

Prihod iz clanka 23. ovoga Zakona umanjuje se za iznos koji na temelju propisa o obitelji clan obitelji placa za uzdržavanje osobe koja nije clan te obitelji.

Clanak 26.

Pod obitelji u smislu clanka 22. stavka 1. ovoga Zakona smatraju se bracni i izvanbracni drug te ostali clanovi obitelji iz clanka 7. ovoga Zakona, neovisno o tome jesu li zdravstveno osigurani kao clanovi obitelji, jesu li sposobni za samostalan život i rad i imaju li sredstva za uzdržavanje.

Clanak 27.

Postupak utvrđivanja prava na oslobadanje od placanja doplate iz clanka 22. ovoga Zakona provodi se sukladno opcem aktu Zavoda.

Osiguranim osobama Zavoda koje ispunjavaju uvjete za priznavanje prava iz stavka 1. ovoga clanka Zavod izdaje potvrdu ciji se oblik i sadržaj propisuje opcim aktom Zavoda.

Clanak 28.

Osigurane osobe, bez obzira jesu li oslobođene plaćanja doplate, odnosno jesu li sukladno posebnome zakonu dopunski zdravstveno osigurane za plaćanje te doplate, obvezne su prilikom korištenja zdravstvene zaštite platiti administrativnu pristojbu utvrđenu odlukom koju na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo donosi Vlada Republike Hrvatske, s time da visina administrativne pristojbe ne može biti utvrđena u iznosu manjem od 0,15% od proračunske osnovice, odnosno u iznosu manjem od 5,00 kuna.

Ukupan iznos plaćenih administrativnih pristojbi po osiguranoj osobi ne smije mjesečno prelaziti iznos od 0,91% od proračunske osnovice, odnosno iznos od 30,00 kuna.

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, administrativnu pristojbu ne plaćaju djeca do 18 godina života i invalidi s oštećenjem organizma od najmanje 80% prema posebnim propisima.

Administrativna pristojba ne plaća se za preventivne preglede utvrđene planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz članka 14. stavka 3. ovoga Zakona.

Oblik i sadržaj potvrde o ispunjavanju uvjeta iz stavka 3. ovoga članka propisat će općim aktom Zavod.

Administrativna pristojba prihod je Zavoda.

2. PRAVO NA NOVČANE NAKNADE

Clanak 29.

Osiguranci u okviru prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja imaju pravo na:

- naknadu place za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite, odnosno drugih okolnosti iz članka 31. ovoga Zakona (u daljnjem tekstu: naknada place),
- novčanu naknadu zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohodi, sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja,
- naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Pravo iz stavka 1. podstavka 3. ovoga članka pripada i drugim osiguranim osobama.

PRAVO NA NAKNADU PLACE

Clanak 30.

Pravo na naknadu place zbog privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad radi korištenja zdravstvene zaštite, odnosno drugih okolnosti iz članka 31. ovoga Zakona (u daljnjem tekstu: bolovanje) pripada osiguranicima iz članka 5. stavka 1. točke 1. - 4., točke 6., točke 8. i točke 16. ovoga Zakona.

Pod bolovanjem za vrijeme kojeg osiguraniku pripada pravo na naknadu place u smislu ovoga Zakona smatra se odsutnost s rada zbog bolesti ili ozljede, odnosno drugih okolnosti utvrđenih člankom 31. ovoga Zakona radi kojih je osiguranik spriječen izvršavati svoju obvezu rada u skladu s ugovorom o radu, drugim ugovorom ili aktom.

Članak 31.

Pravo na naknadu place pripada osiguraniku u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite, odnosno drugih okolnosti 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 u mjestu prebivališta, odnosno boravišta,
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 upucene 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 obveznog roditeljnog dopusta,
8. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnog dopusta do jedne godine života djeteta, posvojiteljskog dopusta, prava na rad sa polovicom punog radnog vremena do jedne, odnosno tri godine života djeteta iz članka 59. stavka 1. Zakona o radu te prava na rad sa polovicom punog radnog vremena do tri godine života djeteta iz članka 59. stavka 3. Zakona o radu, uz uvjete propisane ovim Zakonom,
9. privremeno spriječena za rad zbog korištenja dopusta zbog trudnoće ili dojenja djeteta u slučaju iz članka 57. Zakona o radu,
10. odsutna s rada zbog korištenja prava na stanku za dojenje djeteta iz članka 60. Zakona o radu,
11. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnoga dopusta do navršene treće godine djetetova života za blizance, treće i svako sljedeće dijete,
12. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnog dopusta iz članka 58. stavka 9. Zakona o radu,

13. privremeno nesposoban za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu.

Clanak 32.

Naknadu place u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz clanka 31. tocke 1. i 2. ovoga Zakona isplacuje osiguraniku iz svojih sredstava:

1. pravna ili fizicka osoba za prvih 42 dana bolovanja kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koji ga je uputila pravna ili fizicka osoba ili je sam zaposlen u inozemstvu,
2. pravna osoba za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, odnosno pravna ili fizicka osoba, za osiguranika - invalida rada za prvih 7 dana bolovanja.

Clanak 33.

Naknada place za vrijeme bolovanja iz clanka 31. tocke 3. do 7. ovoga Zakona isplacuje se osiguraniku na teret sredstava Zavoda od prvog dana korištenja prava.

Naknadu place iz clanka 31. tocke 8. do 13. ovoga Zakona Zavod isplacuje osiguraniku na teret sredstava državnog proračuna.

Naknadu place za vrijeme bolovanja iz clanka 32. tocke 1. i 2. ovog Zakona od 43. dana, odnosno 8. dana bolovanja, te tocke 4., 5. i 6. clanka 31. ovoga Zakona od prvog dana bolovanja obracunava i isplacuje pravna, odnosno fizicka osoba - poslodavac, s time da je Zavod obvezan vratiti isplacenu naknadu u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

Provedbene propise o nacinu ostvarivanja prava na naknadu place donijet ce Zavod.

Clanak 34.

Pravo na naknadu place za vrijeme bolovanja radi njege osigurane osobe – clana uže obitelji (djeteta i supružnika) iz clanka 31. tocke 5. ovoga Zakona s kojima osiguranik živi u zajedničkom kucanstvu traje za svaku utvrđenu bolest najviše do 6 radnih dana, a za djecu do 7 godina starosti do 12 radnih dana.

Iznimno, ako doktor medicine primarne zdravstvene zaštite ocijeni da postoje opravdani razlozi vezani uz zdravstveno stanje clana obitelji iz stavka 1. ovoga clanka, može produljiti trajanje prava na potrebu njege, ali najviše do 30 radnih dana za njegu djeteta do 7 godina starosti te do 14 radnih dana za njegu djeteta iznad 7 godina starosti, odnosno supružnika.

Ako je prema ocjeni doktora medicine primarne zdravstvene zaštite zdravstveno stanje clana obitelji - djeteta do 18. godine života takvo da duljina trajanja njege roditelja određena u stavku 2. ovoga clanka neće biti dostatna, potrebno trajanje njege određuje liječničko povjerenstvo koje imenuje Zavod.

Pod zajedničkim kucanstvom u smislu stavka 1. ovoga članka smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja ostvarenih prihoda obitelji.

Članak 35.

Naknada place za obvezni rodiljni dopust utvrđuje se sukladno članku 45., članku 46. stavku 2. točki 3. i članku 47. ovoga Zakona s time da tako određena naknada ne može biti za puno radno vrijeme niža od najnižeg iznosa naknade place za vrijeme korištenja rodiljnog dopusta od 6 mjeseci do jedne godine života djeteta propisanog Zakonom o izvršavanju državnog proračuna niti viša od najvišeg iznosa naknade place koja se isplacuje na teret sredstava Zavoda iz članka 46. stavka 3. ovoga Zakona.

Naknadu place za vrijeme korištenja prava na rodiljni dopust do jedne godine života djeteta, rodiljnoga dopusta do navršene treće godine djetetova života za blizance, treće i svako sljedeće dijete, rodiljnog dopusta iz članka 31. točke 12. ovoga Zakona, posvojiteljskog dopusta, prava na rad u skraćenom radnom vremenu iz članka 31. točke 8. ovoga Zakona, dopusta iz članka 31. točke 9. ovoga Zakona, stanke za dojenje djeteta iz članka 31. točke 10. ovoga Zakona Zavod isplacuje u visini utvrđenoj Zakonom o izvršavanju državnog proračuna.

Članak 36.

U slučaju stečajnog postupka poslodavca naknadu place zbog bolovanja iz članka 31. točke 1. i 2., te točke 4., 5. i 6. ovoga Zakona, kada se naknada place isplacuje na teret sredstava Zavoda, osiguraniku isplacuje Zavod.

Članak 37.

U slučaju kada osiguraniku pravna, odnosno fizička osoba nije utvrdila naknadu place na način i u visini utvrđenoj ovim Zakonom i provedbenim propisom donesenim na temelju ovoga Zakona u roku od 60 dana, osiguranik ima pravo uložiti prigovor Zavodu. Zavod će obracunati naknadu place i obracun dostaviti osiguraniku i pravnoj, odnosno fizičkoj osobi u roku 30 dana.

Pravna, odnosno fizička osoba dužna je osiguraniku isplatiti naknadu place sukladno obracunu koji je dostavio Zavod.

Članak 38.

Naknada place za vrijeme bolovanja pripada osiguraniku za sve vrijeme bolovanja, a najduže u trajanju propisanom ovim Zakonom.

Naknada place pripada osiguraniku samo za dane, odnosno sate, za koje bi osiguranik imao pravo na placu, odnosno naknadu place prema propisima o radu, ako ovim Zakonom nije drukčije propisano.

Clanak 39.

Pravo osiguranika na bolovanje utvrđuje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno u privatnoj praksi.

Izabrani doktor iz stavka 1. ovoga clanka utvrđuje dužinu trajanja bolovanja ovisno o vrsti bolesti, a najdulje do roka utvrđenog propisom koji na prijedlog Hrvatske liječnicke komore, odnosno Hrvatske stomatološke komore donosi ministar nadležan za zdravstvo, po prethodno pribavljenom mišljenju stručnih društava Hrvatskog liječnickog zbora.

Nakon proteka roka iz stavka 2. ovoga clanka pravo na bolovanje i duljinu trajanja bolovanja osiguranika utvrđuje liječnicko povjerenstvo Zavoda.

Izabrani doktor dužan je prekinuti bolovanje osiguranika i prije roka koji je utvrdilo liječnicko povjerenstvo Zavoda ako utvrdi da se zdravstveno stanje osiguranika poboljšalo tako da može nastupiti na rad.

Nadzor nad korištenjem bolovanja sukladno odredbama ovoga Zakona i propisa donesenih na temelju ovoga Zakona obavlja Zavod.

Poslodavac osiguranika može zahtijevati od Zavoda kontrolu opravdanosti bolovanja za sve vrijeme trajanja bolovanja osiguranika.

Clanak 40.

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

Osiguranik u nezadovoljnom ocjenom, nalazom i mišljenjem liječnickog povjerenstva Zavoda izdat će se rješenje u upravnom postupku.

Žalba protiv rješenja iz stavka 2. ovoga clanka ne odgoda izvršenje rješenja.

U drugostupanjskom upravnom postupku ocjenu, nalaz i mišljenje daje više liječnicko povjerenstvo Zavoda.

Clanak 41.

Osiguranik ima pravo na naknadu place sve dok izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno liječnicko povjerenstvo Zavoda ne utvrde da je sposoban za rad ili dok nije konacnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost osiguranika.

Ako 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 mirovinskog osiguranja koji donosi ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti najkasnije u roku od 30 dana od dana primitka prijedloga izabranog doktora medicine.

Obrada osiguranika za upucivanje 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 2. ovog članka, odnosno po prijedlogu liječnickog povjerenstva Zavoda.

Osiguranik ima pravo na naknadu place na teret sredstava Zavoda najdulje do navršenih 12 mjeseci neprekidnog bolovanja.

Nakon proteka roka utvrđenog odredbom stavka 4. ovoga članka osiguranik koji i dalje nije sposoban za rad prema ocjeni liječnickog povjerenstva ima pravo na novčanu naknadu sukladno općem aktu Zavoda.

Članak 42.

Osiguraniku kojem je za vrijeme trajanja bolovanja prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom, pripada naknada place, 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 place za navedeno bolovanje i nakon prestanka radnog odnosa, sve dok ponovno ne bude radno sposoban, odnosno dok mu konačnim rješenjem nadležnog tijela ne bude utvrđena invalidnost.

Za vrijeme bolovanja zbog bolesti i komplikacija u svezi s trudnoćom i porođajem, korištenja obveznoga roditeljnog dopusta, korištenja roditeljnog dopusta do jedne godine života djeteta, roditeljnoga dopusta do navršene treće godine djetetova života za blizance, treće i svako sljedeće dijete, roditeljnog dopusta iz članka 58. stavka 9. Zakona o radu, posvojiteljskog dopusta, prava na rad sa polovicom punog radnog vremena do jedne, odnosno tri godine života djeteta iz članka 59. stavka 1. Zakona o radu te prava na rad sa polovicom punog radnog vremena do tri godine života djeteta iz članka 59. stavka 3. Zakona o radu, dopusta iz članka 57. Zakona o radu, korištenja stanke za dojenje djeteta iz članka 60. Zakona o radu osiguraniku koji koristi jedno od navedenih prava pripada pravo na naknadu place i po prestanku radnog odnosa do isteka korištenja istog prava.

Članak 43.

Osiguraniku pripada pravo na naknadu place i dok se nalazi u pritvoru, pod uvjetima i na način propisanim ovim Zakonom i općim aktom Zavoda.

Clanak 44.

Osiguranik nema pravo na naknadu place ako:

- je svjesno prouzročio privremenu nesposobnost za rad,
- ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite da je obolio u roku od tri dana nakon početka bolesti, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ga je u tome onemogućio,
- namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje,
- za vrijeme bolovanja radi,
- se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno liječničkog povjerenstva Zavoda,
- izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, tijelo Zavoda ovlašteno za kontrolu bolovanja, odnosno liječničko povjerenstvo Zavoda utvrdi da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora medicine otpuće iz mjesta prebivališta ili zlorabi pravo na korištenje bolovanja na neki drugi način.

U slučajevima iz stavka 1. ovoga članka osiguranik nema pravo na naknadu place od dana nastanka tih slučajeva do dana njihova prestanka, odnosno prestanka posljedica njima uzrokovanih.

Clanak 45.

Naknada place određuje se od osnovice za naknadu koju čini prosječni iznos place koja je osiguraniku isplaćena u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu, neovisno na čiji se teret isplaćuje, osim u slučaju kada je posebnim zakonom drukčije propisano.

Pod placom na osnovi koje se utvrđuje osnovica za naknadu place podrazumijeva se, u smislu ovoga Zakona, redovna mjesečna plata osiguranika utvrđena u skladu s odredbama propisa o radu i drugih propisa o određivanju place, te naknada place isplaćena za vrijeme odsutnosti s rada (godišnji odmor, plaćeni dopust i bolovanje) koja se isplaćuje na teret pravne ili fizičke osobe kod koje je osiguranik zaposlen.

Za osiguranika iz članka 5. stavka 1. točke 3., 4., 6. i 8. ovoga Zakona osnovica za naknadu place jest mjesečna osnovica osiguranja za obracun i uplatu doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje za posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu place, umanjena za zakonom propisane obvezne doprinose, poreze i prireze.

Iznimno, osiguranicima koji pravo na naknadu place za vrijeme bolovanja ostvaruju na teret sredstava Zavoda ili državnog proračuna, u osnovicu za naknadu place iz stavka 1. ovoga članka uracunavaju se i drugi dohoci ostvareni prema primicima od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak, a sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja pod uvjetom da su isplaćeni u šestomjesečnom razdoblju na temelju kojih

se utvrđuje osnovica za naknadu, te da imaju ostvaren staž osiguranja u Zavodu propisan člankom 47. stavkom 1. ovoga Zakona.

U slučaju kad se osnovica za naknadu ne može utvrditi prema stavku 1. ovoga članka, osnovicu za naknadu čini plaća isplaćena do dana nastanka slučaja na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće, odnosno plaća pripadajuća prema ugovoru o radu, drugom ugovoru ili aktu s tim da tako određena osnovica, kada se naknada isplaćuje na teret sredstava Zavoda, ne može biti veća od najniže osnovice osiguranja koja služi za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, važeće za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio osigurani slučaj.

Kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno dulje od tri mjeseca, osnovica za utvrđivanje naknade iz stavka 1. ovoga članka povećava se sukladno porastu plaće zaposlenih u Republici Hrvatskoj, ako je taj porast veći od 5%.

Naknada plaće prema stavku 6. ovoga članka, pripada osiguraniku od prvoga dana idućeg mjeseca po isteku tri mjeseca neprekidnog korištenja bolovanja, ako je ispunjen uvjet za povećanje naknade.

Zavod će opcim aktom pobliže propisati način utvrđivanja osnovice za naknadu plaće iz stavka 3. ovoga članka.

Članak 46.

Naknada plaće ne može biti niža od 70% osnovice za naknadu, ako ovim Zakonom nije drukčije propisano, s time da kao mjesečni iznos za puno radno vrijeme ne može biti manja od 25% od proračunske osnovice.

Naknada plaće iznosi 100% od osnovice za naknadu:

1. za vrijeme bolovanja zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu,
2. za vrijeme bolovanja zbog bolesti i komplikacija u svezi s trudnoćom i porođajem,
3. za vrijeme korištenja obveznoga rodiljnog dopusta,
4. za vrijeme njege oboljelog djeteta mladeg od tri godine života,
5. za vrijeme bolovanja zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe,
6. za vrijeme dok je osiguranik izoliran kao kliconoša ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini.

Visinu naknade plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda utvrđuje Zavod, s time da najviši mjesečni iznos naknade plaće obračunate prema odredbama ovoga Zakona i propisa donesenih na temelju ovoga Zakona ne može iznositi više od proračunske osnovice uvećane za 28%.

Članak 47.

Naknada plaće pripada osiguraniku u visini propisanoj ovim Zakonom, odnosno propisima i opcim aktima donesenim na temelju ovoga Zakona pod uvjetom, da prije dana nastanka slučaja na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu ima ostvaren staž osiguranja u Zavodu na temelju radnog odnosa ili obavljanja gospodarske djelatnosti, odnosno obavljanja

profesionalne djelatnosti samostalno u obliku zanimanja od najmanje 12 mjeseci neprekidno ili 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine (prethodno osiguranje).

Osiguraniku, koji ne ispunjava uvjet prethodnog osiguranja iz stavka 1. ovoga clanka, naknada place, za sve vrijeme trajanja bolovanja, pripada u iznosu od 25% od proračunske osnovice, osim u slučaju korištenja prava na obvezni rodiljni dopust.

NOVCANA NAKNADA ZBOG NEMOGUCNOSTI OBAVLJANJA POSLOVA NA TEMELJU KOJIH SE OSTVARUJU PRIMICI OD KOJIH SE UTVRĐUJE DRUGI DOHODAK SUKLADNO PROPISIMA O DOPRINOSIMA ZA OBVEZNA OSIGURANJA

Clanak 48.

Novcana naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja određuje se od prosječne osnovice za uplatu doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje.

Pod prosječnom osnovicom iz stavka 1. ovoga clanka podrazumijeva se prosjek osnovica osiguranja na koji je uplaćen doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupila nemogućnost osiguranika za obavljanje poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak.

Clanak 49.

Novcana naknada iz clanka 48. stavka 1. ovoga Zakona iznosi 70% od prosječne osnovice s time da iznos naknade ne može biti viši od najvišeg iznosa naknade place iz clanka 46. stavka 3. ovoga Zakona, a isplaćuje se od prvog dana korištenja prava na teret sredstava Zavoda, u trajanju najdulje šest mjeseci neprekidno.

Clanak 50.

Osiguranik ostvaruje novcanu naknadu iz clanka 48. ovoga Zakona pod uvjetom da je privremeno nesposoban za obavljanje ugovorenih poslova zbog bolesti koju utvrđuje liječničko povjerenstvo Zavoda.

Clanak 51.

Osiguraniku koji ostvaruje novcanu naknadu zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja, a kojem je prestao status osiguranika sukladno clanku 6. stavku 2. ovoga Zakona, ostvaruje pravo na novcanu naknadu najviše 30 dana od dana prestanka statusa osiguranika.

Clanak 52.

Opci akt o postupku i nacinu ostvarivanja prava na novcanu naknadu zbog nemogucnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrduje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja donijet ce Zavod.

NAKNADA TROŠKOVA PRIJEVOZA U SVEZI S KORIŠTENJEM PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU IZ OBVEZNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Clanak 53.

Osigurana osoba u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ima pravo na naknadu troškova prijevoza ako je radi korištenja zdravstvene zaštite upucena izvan mjesta prebivališta, odnosno boravka.

Osigurana osoba iz stavka 1. ovog clanka ima pravo na naknadu troškova prijevoza ako je zdravstvenu zaštitu koristila u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse u mjestu koje je udaljeno više od 40 kilometara od mjesta njezina prebivališta, odnosno boravka jer potrebnu zdravstvenu zaštitu nije mogla ostvariti u bližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse s ugovorenom djelatnošću za tu vrstu zdravstvene zaštite.

Pravo na naknadu troškova prijevoza, neovisno o udaljenosti iz stavka 2. ovoga clanka, ima osigurana osoba do 18. godine života, osigurana osoba upucena na liječenje u inozemstvo sukladno općem aktu Zavoda, osigurana osoba darivatelj organa, tkiva ili stanica te osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik.

Sukladno odredbi stavka 3. ovoga clanka pravo na naknadu troškova prijevoza ostvaruje i osigurana osoba s prebivalištem, odnosno boravkom na otoku te na područjima određenim Zakonom o brdsko-planinskim područjima i Zakonom o područjima posebne državne skrbi.

Clanak 54.

Zavod snosi troškove prijevoza umrle osigurane osobe koja je upucena na liječenje izvan mjesta prebivališta, odnosno boravka u skladu sa clankom 53. ovoga Zakona.

Zavod snosi troškove prijevoza umrle osigurane osobe koja je upucena izvan mjesta prebivališta radi eksplantacije organa u svrhu transplantacije, a koja je umrla tijekom ili nakon eksplantacije organa.

Clanak 55.

Pravo na naknadu troškova prijevoza ima i jedna osoba određena za pratitelja osigurane osobe iz clanka 53. ovoga Zakona ako izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite utvrdi potrebu pratnje.

Smatra se da je djeci do 18. godine života kao i osiguranim osobama iz članka 9. stavka 5. i 6. ovoga Zakona potrebna pratnja.

Članak 56.

Pod troškovima prijevoza iz članka 53. ovoga Zakona podrazumijevaju se troškovi prijevoza javnim prijevoznim sredstvima po najnižoj cijeni i prema najkracoj relaciji prema službenom daljinomjeru javnog prijevoznika.

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, osiguranoj se osobi zbog njezinoga zdravstvenog stanja sukladno općem aktu Zavoda može odobriti korištenje skupljega javnoga prijevoznog sredstva.

V. FINANCIRANJE OBVEZNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Izvori sredstava

Članak 57.

Prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja su:

- 1) doprinosi osiguranika,
- 2) doprinosi poslodavaca,
- 3) doprinosi drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom,
- 4) posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,
- 5) prihodi iz državnog proračuna,
- 6) prihodi od doplata,
- 7) prihodi od administrativnih pristojbi,
- 8) prihodi od dividendi, kamata i drugi prihodi.

Članak 58.

Izdaci obveznoga zdravstvenog osiguranja obuhvaćaju izdatke za:

- 1) zdravstvenu zaštitu,
- 2) naknade plaća zbog bolovanja,
- 3) novčana naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja,
- 4) naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,
- 5) provedbu obveznoga zdravstvenog osiguranja,
- 6) rad tijela upravljanja Zavodom,
- 7) ostale izdatke.

Članak 59.

Izdaci obveznoga zdravstvenog osiguranja u jednoj kalendarskoj godini pokrivaju se prihodima u istoj kalendarskoj godini.

2. Doprinosi i obveznici doprinosa

Clanak 60.

Osnovice i stope doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje ureduju se posebnim zakonom, ako ovim Zakonom nije drukcije propisano.

Clanak 61.

Ako ovim ili posebnim zakonom nije drukcije propisano, osnovice, nacin obracuna i placanja, visinu, te obveznike obracunavanja i placanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje propisat ce opcim aktom Zavod.

Clanak 62.

Sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje clanova obitelji osiguranika iz clanka 5. ovoga Zakona, osiguravaju se iz istih izvora sredstava iz kojih se osiguravaju sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje osiguranika, osim ako ovim Zakonom nije drukcije propisano.

Clanak 63.

Poljoprivrednik iz clanka 5. tocke 7. ovoga Zakona koji je navršio 65 godina života oslobada se placanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje ako ispunjava uvjete koje propisom utvrduje ministar nadležan za poslove socijalne skrbi.

Clanak 64.

Obveznici placanja posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu utvrđeni prema posebnom zakonu mogu biti oslobođeni placanja 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 drukcije određeno, ako su zdravstvenu zaštitu u inozemstvu osigurali o svojem trošku.

Na zahtjev obveznika uplate doprinosa iz stavka 1. ovoga clanka oslobadanje placanja doprinosa utvrduje Zavod rješanjem sukladno svom opcem aktu.

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

Osnovicu i stopu te nacin obracuna i uplate posebnog doprinosa iz stavka 3. ovoga clanka, ako posebnim zakonom nije drukcije uređeno, utvrđuje Zavod.

Osigurana osoba iz stavka 3. ovoga clanka koja ne uplati poseban doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu nema pravo na teret sredstva Zavoda ostvariti naknadu troškova te zdravstvene zaštite.

Clanak 65.

Radi utvrđivanja točnosti podataka i činjenica o kojima ovisi ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod ima pravo kontrole poslovnih knjiga, financijske dokumentacije i drugih evidencija obveznika uplate doprinosa.

Porezna uprava, Središnji registar osiguranika i druga nadležna tijela obvezni su Zavodu dostavljati podatke potrebne za ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Clanak 66.

Osiguranicima iz clanka 5. stavka 1. točke 3., 4., 6., 7. i 8. ovoga Zakona, korisnicima mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja iz clanka 5. stavka 1. točke 9. ovoga Zakona te clanka 10. ovoga Zakona - obveznicima obracunavanja i placanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranja, a koji nisu uplatili doprinos za najmanje 30 dana ogranicava se korištenje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, osim prava na hitnu medicinsku pomoc.

Pod hitnom medicinskom pomoci podrazumijeva se pružanje dijagnostickih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje.

Obustavljeno korištenje prava iz stavka 1. ovoga clanka uspostavlja se unaprijed, od dana podmirenja dužnog iznosa doprinosa s pripadajucim kamatama.

3. Osiguranje sredstava u državnom proračunu

Clanak 67.

Republika Hrvatska osigurava sredstva u državnom proračunu za:

1. sredstva za isplatu naknada place:

a) za korištenje roditeljnog dopusta do jedne godine života djeteta, roditeljnoga dopusta do navršene treće godine djetetova života za blizance, treće i svako sljedeće dijete, roditeljnog dopusta iz clanka 58. stavka 9. Zakona o radu, posvojiteljskog dopusta, prava na rad u skracenom radnom vremenu do jedne, odnosno tri godine života djeteta iz clanka 59. stavka 1. Zakona o radu te prava na rad u skracenom radnom vremenu do tri godine života djeteta iz clanka 59. stavka 3. Zakona o radu,

b) za korištenja dopusta iz clanka 57. Zakona o radu,

c) za korištenje stanke za dojenje djeteta iz clanka 60. Zakona o radu,

d) za vrijeme privremene nesposobnosti za rad iz clanka 31. točke 12. i 13. ovoga Zakona.

2. sredstva za troškove zdravstvene zaštite za:

- a) provođenje mjera povećane zdravstvene skrbi za osigurane osobe starije od 65 godina života kao i za osigurane osobe djecu do navršene 18. godine života,
- b) zdravstveno prosvjecivanje,
- c) liječenje po posebnim propisima,
- d) hitnu medicinsku pomoć na državnim cestama,
- e) razliku u troškovima zdravstvene zaštite izazvane većim odstupanjem u organiziranju zdravstvene zaštite od propisanih normativa zbog demografskih karakteristika (otoci, gustoca naseljenosti),
- f) osobe čije je prebivalište nepoznato,
- g) osiguranike iz članka 5. točke 10. - 18. ovoga Zakona,
- h) osigurane osobe iz članka 12. ovoga Zakona,
- i) osigurane osobe iz članka 63. ovoga Zakona,
- j) međunarodne obveze na području zdravstvenog osiguranja.

3. sredstva za pokrice doplate iz članka 15. stavka 2. točke 2. do 5. ovoga Zakona za:

- a) osigurane osobe iz članka 21. stavka 3. ovoga Zakona,
- b) osigurane osobe iz članka 21. stavka 4. podstavka 2. – 4. ovoga Zakona.

4. Financijsko poslovanje Zavoda

Članak 68.

Zavod ima poslovne fondove za:

- prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja
- dopunsko zdravstveno osiguranje sukladno posebnome zakonu.

Članak 69.

Zavod ima pricuvu za provedbu prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Ako se po završnom računu utvrdi višak prihoda, taj se višak unosi u pricuvu izdvajanjem najmanje 50% viška prihoda.

Nadzor nad korištenjem pricuve obavlja Upravno vijeće Zavoda.

Članak 70.

Pricuva iz članka 69. ovoga Zakona može iznositi najviše jednu dvanaestinu planiranih rashoda u tekućoj godini za provedbu utvrđenog opsega prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Tijekom godine pricuva se može koristiti kao obrtna sredstva za podmirivanje tekucih obveza Zavoda te kao pozajmica uz obvezu vraćanja najkasnije do kraja iduće godine uz kamatu.

Pricuva služi za pokrivanje viška rashoda nad prihodima i sanaciju gubitaka Zavoda.

Clanak 71.

U svrhu osiguravanja podataka potrebnih za provođenje obveznoga zdravstvenog osiguranja te nadzor nad ostvarivanjem prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u Zavodu se vode evidencije.

Opće akte o načinu i mjestu vođenja, obliku, sadržaju i rokovima evidencije te obveznicima vođenja evidencija, donijet će upravno vijeće Zavoda.

VI. ODNOS ZAVODA I ZDRAVSTVENIH USTANOVA ODNOSNO ZDRAVSTVENIH RADNIKA U PRIVATNOJ PRAKSI

1. Ugovaranje zdravstvene zaštite

Clanak 72.

Zavod općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora, u skladu s utvrđenim opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 15. i 16. ovoga Zakona te s utvrđenim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje način provođenja zdravstvene zaštite i druge osnove za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima koji su uključeni u osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti te cijene zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Clanak 73.

Sukladno aktu iz članka 72. ovoga Zakona Zavod u skladu s utvrđenim potrebama za popunu osnovne mreže zdravstvene djelatnosti u pravilu svake treće godine objavljuje natjecaj za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u djelatnostima na primarnoj, specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Na temelju ponuda zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika za provođenje zdravstvene zaštite prema objavljenom natjecaju, Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, donosi odluku o izboru najpovoljnijih ponuditelja.

Zdravstvena ustanova, odnosno privatni zdravstveni radnik koji je podnio ponudu iz stavka 2. ovoga članka, a koji nije izabran, može zahtijevati da o izboru odluci arbitraža.

U arbitražu iz stavka 3. ovog clanka imenuju se po dva predstavnika Zavoda, jedan predstavnik nadležne komore, jedan predstavnik podnositelja ponude te jedan predstavnik ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Clanak 74.

Sukladno odluci iz clanka 73. stavka 2. ovoga Zakona, odnosno odluci arbitraže iz clanka 73. stavka 4. ovoga Zakona Zavod sklapa ugovore sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za provodenje utvrdenog opsega prava na zdravstvenu zaštitu iz clanka 72. ovoga Zakona.

U slucaju da izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite zlorabi pravo iz clanka 39. ovoga Zakona, Zavod ce pokrenuti postupak raskida ugovora iz stavka 1. ovoga clanka i o tome obavijestiti nadležnu komoru.

Clanak 75.

Vrsta, opseg, kvaliteta i rokovi za ostvarivanje ugovorene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja prema standardima i normativima za pojedine djelatnosti na razini primarne, specijalisticko-konzilijarne i bolnicke zdravstvene zaštite te cijene, nacin obracuna i rokovi placanja zdravstvene zaštite, nadzor nad ostvarivanjem ugovornih obveza, ugovorne kazne zbog neizvršavanja ugovornih obveza, uvjeti pod kojima dolazi do raskida ugovora kao i druga medusobna prava i obveze ugovornih strana odreduju se ugovorom iz clanka 74. stavka 1. ovoga Zakona.

Clanak 76.

Ugovori se sklapaju najkasnije u roku 90 dana od dana donošenja odluke iz clanka 73. ovoga Zakona.

Ako ugovor nije sklopljen u roku iz stavka 1. ovog clanka, rješenje spornoga pitanja se podnosi arbitraži.

U arbitražu svaka ugovorna strana imenuje po dva predstavnika, a predsjednika arbitraže imenuje ministar nadležan za zdravstvo.

Arbitražna odluka donosi se vecinom glasova clanova arbitraže najkasnije u roku 30 dana od dana osnivanja arbitraže i ona je konacna i obvezuje sudionike arbitraže.

Clanak 77.

Ugovori se sklapaju unaprijed. Do sklapanja novog ugovora vrijede obveze iz prethodnoga ugovora.

Ugovor sklopljen na osnovu odluke arbitraže vrijedi unaprijed, ako arbitraža ne odluci drukcije.

Clanak 78.

Do sklapanja novog ugovora iz clanka 77. stavka 1. ovoga Zakona Zavod sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima dodatkom ugovora utvrđuje promjene u cijeni zdravstvene zaštite, visini najvećeg godišnjeg iznosa sredstava za provodenje ugovorene bolnicke zdravstvene zaštite te druga pitanja od znacaja za provodenje ugovorene zdravstvene zaštite.

Clanak 79.

Ugovor o provodenju zdravstvene zaštite za izabrane doktore primarne zdravstvene zaštite obvezno sadrži odredbe o:

- iznosu cijena zdravstvene zaštite za prava na zdravstvenu zaštitu sukladno broju opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda prema općem aktu iz clanka 72. ovoga Zakona,
- cijeni zdravstvene zaštite koje se priznaju za izvršene preventivne preglede opredijeljenih osiguranih osoba sukladno općem aktu Zavoda iz clanka 72. ovoga Zakona,
- iznosu sredstava do kojeg izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite ima pravo izdavati uputnice za specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu opredijeljenim osiguranim osobama sukladno općem aktu Zavoda iz clanka 72. ovoga Zakona,
- iznosu sredstava za lijekove do kojeg izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite može propisivati lijekove na recept za opredijeljene osigurane osobe, vodeći računa o zdravstvenoj i dobnoj strukturi osiguranih osoba, sukladno općem aktu Zavoda iz clanka 72. ovoga Zakona, osim za lijekove čija vrijednost prelazi iznos određen općim aktom Zavoda.

U slučaju nepoštivanja ugovorenih obveza iz stavka 1. podstavka 3. i 4. ovoga clanka ugovor o provodenju zdravstvene zaštite se raskida.

Clanak 80.

Ugovor o provodenju bolnicke zdravstvene zaštite obvezno sadrži najveći godišnji iznos sredstava za provodenje ugovorene bolnicke zdravstvene zaštite utvrđen općim aktom koji donosi upravno vijeće Zavoda uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Za provodenje bolnicke zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog iznosa iz stavka 1. ovoga clanka odgovoran je ravnatelj bolnicke zdravstvene ustanove, a voditelj ustrojstvene jedinice bolnicke zdravstvene ustanove odgovoran je za provodenje bolnicke zdravstvene zaštite u okviru iznosa određenog za poslovanje te ustrojstvene jedinice.

2. Nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda

Clanak 81.

Tijekom ugovornog razdoblja Zavod provodi nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza zdravstvenih ustanova, odnosno privatnih zdravstvenih radnika.

Nadzor iz stavka 1. ovoga clanka provodi se sukladno odredbama ovoga Zakona i općih akata Zavoda:

- pregledom i provjerom financijske, medicinske i druge dokumentacije u zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod privatnog zdravstvenog radnika,
- pregledom i provjerom dostavljene dokumentacije u ustrojstvenim jedinicama Zavoda.

Postupkom nadzora ugovornih obveza zdravstvene ustanove i privatnog zdravstvenog radnika posebno se nadzire da li izabrani doktor medicine, odnosno stomatologije ili zdravstveni radnik zaposlenik zdravstvene ustanove ili privatni zdravstveni radnik:

1. provodi mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja na svojoj razini zdravstvene djelatnosti utvrđene opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz clanka 15. i 16. ovoga Zakona,
2. primjenjuje pravila struke, a kod propisivanja terapije preporuke glede farmakoterapije, kliničke smjernice te načela farmakoekonomike vodeći računa o interakcijama i kontraindikacijama za pojedini slučaj,
3. postupa protivno odredbama ovoga Zakona, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugih zakona, posebnih propisa, podzakonskih akata te općih akata Zavoda,
4. zlorabi pravo iz clanka 39. stavka 1. ovoga Zakona.

Clanak 82.

Radi provedbe nadzora nad izvršavanjem ugovornih obveza, ugovorni subjekti Zavoda obvezni su dostavljati izvješća o poslovanju sukladno općem aktu Zavoda, a bolničke zdravstvene ustanove obvezne su mjesečno izvješće o poslovanju dostavljati Zavodu najkasnije do 10. u mjesecu za prethodni mjesec.

Clanak 83.

Način, postupak i sadržaj provođenja nadzora nad izvršavanjem ugovornih obveza zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika Zavod će propisati posebnim aktom, odnosno utvrditi samim ugovorom.

VII. HRVATSKI ZAVOD ZA OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Clanak 84.

Poslove obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđene ovim Zakonom obavlja Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje.

Zavod jest javna ustanova na koju se primjenjuju propisi o ustanovama ako ovim Zakonom nije drukcije uređeno.

Zavod ima svojstvo pravne osobe s pravima, obvezama te odgovornošću utvrđenom ovim Zakonom i Statutom.

U rješavanju o pravima i obvezama iz obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod ima javne ovlasti.

Sjedište Zavoda je u Zagrebu.

Članak 85.

U provedbi obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod obavlja osobito sljedeće poslove:

- provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove u svezi s ostvarivanjem prava osiguranih osoba, brine se o zakonitom ostvarivanju tih prava te im pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa,
- planira novčana sredstva obveznoga zdravstvenog osiguranja te plaća usluge ugovornim subjektima Zavoda,
- predlaže ministru nadležnom za zdravstvo osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti sukladno posebnom zakonu,
- predlaže ministru nadležnom za zdravstvo opseg prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 15. ovoga Zakona,
- daje ministru nadležnom za zdravstvo mišljenje o osnivanju zdravstvenih ustanova i odobrenju rada zdravstvenih radnika u privatnoj praksi radi uključenja u osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti,
- obavlja poslove ugovaranja sa ugovornim subjektima Zavoda,
- utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo,
- utvrđuje način ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava Zavoda u slučajevima kada osigurane osobe ne mogu ostvariti zdravstvenu zaštitu kod ugovornih subjekata Zavoda u roku propisanom općim aktom Zavoda,
- osigurava provedbu međunarodnih ugovora u dijelu koji se odnosi na zdravstveno osiguranje,
- obavlja nadzor nad ispunjavanjem ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda sukladno sklopljenom ugovoru,
- uređuje ostala pitanja vezana uz ostvarivanje prava iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja.

1. Ustrojstvo Hrvatskog zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje

Članak 86.

Zavod obavlja poslove iz svoje djelatnosti u sljedećim ustrojstvenim jedinicama:

- središnjoj ustrojstvenoj jedinici,
- podružnim ustrojstvenim jedinicama.

Ustrojstvene jedinice Zavoda obavljaju poslove iz djelatnosti Zavoda pod nazivom Zavoda i svojim nazivom, pri čemu moraju navesti sjedište Zavoda i svoje sjedište.

Članak 87.

Središnja ustrojstvena jedinica Zavoda jest Direkcija, sa sjedištem u Zagrebu.

Područne ustrojstvene jedinice Zavoda su područni uredi Zavoda.

Članak 88.

Statutom Zavoda utvrđuje se djelokrug ustrojstvenih jedinica, nazivi unutarnjih ustrojstvenih jedinica, kao i druga pitanja značajna za obavljanje poslova u Zavodu.

2. Tijela Zavoda

Članak 89.

Zavodom upravlja Skupština.

Skupštinu čine predstavnici jedinica područne (regionalne) samouprave koje biraju njihova predstavnička tijela tako da se u jedinici područne (regionalne) samouprave do 100.000 stanovnika bira jedan predstavnik, a u jedinicama područne (regionalne) samouprave s više od 100.000 stanovnika, na svakih započelih daljnjih 100.000 stanovnika još jedan predstavnik.

Mandat članova Skupštine traje četiri godine.

Skupština ima predsjednika i zamjenika.

Izbor predsjednika i zamjenika predsjednika Skupštine uređuje se statutom Zavoda.

Članak 90.

Skupština obavlja sljedeće poslove:

1. donosi statut Zavoda,
2. donosi financijski plan i završni račun Zavoda,
3. imenuje Upravno vijeće,
4. donosi mjere za uravnoteženje prihoda i rashoda kada je u poslovanju Zavoda u tromjesečnom razdoblju iskazan višak rashoda nad приходima,
5. obavlja i druge poslove određene ovim Zakonom i statutom Zavoda.

Na statut Zavoda suglasnost daje Vlada Republike Hrvatske.

Clanak 91.

Skupština pravovaljano donosi odluke uz nazocnost vecine od ukupnog broja clanova.

Statut, financijski plan i završni racun Zavoda Skupština donosi natpolovicnom vecinom od ukupnog broja clanova.

O ostalim pitanjima Skupština odlucuje vecinom prisutnih clanova.

Clanak 92.

Statutom Zavoda utvrduje se narocito: ustrojstvo Zavoda, prava, obveze i odgovornosti tijela Zavoda, javnost rada Zavoda i njegovih tijela, nacin obavljanja administrativno-strucnih i drugih poslova, kao i druga pitanja od znacenja za rad Zavoda.

Statut i drugi opci akti Zavoda kojima se ureduju prava i obveze osiguranih osoba iz obveznoga zdravstvenog osiguranja objavljuju se u "Narodnim novinama".

Clanak 93.

Izvršno tijelo Skupštine jest Upravno vijece koje je sastavljeno od devet clanova i cine ga:

- 2 predstavnika osiguranih osoba Zavoda (1 predstavnik aktivnih osiguranika, 1 predstavnik umirovljenika),
- 2 predstavnika davatelja zdravstvenih usluga - zdravstvena radnika,
- 3 predstavnika Gospodarsko-socijalnog vijeca,
- 1 predstavnik ministarstva nadležnog za zdravstvo,
- 1 predstavnik radnika Zavoda.

Clanak 94.

Clanove Upravnog vijeca na temelju javnog poziva imenuje Skupština Zavoda.

Mandat clanova Upravnog vijeca traje cetiri godine.

Upravno vijece donosi odluke natpolovicnom vecinom od ukupnog broja clanova.

Upravno vijece:

- donosi osnovnu i dopunsku listu lijekova,
- donosi odluke i opce akte koji nisu u nadležnosti Skupštine te
- obavlja i druge poslove odredene Statutom Zavoda.

Djelokrug, ovlasti i odgovornost Upravnog vijeca utvrduje se Statutom Zavoda.

Clanak 95.

Radom Zavoda rukovodi ravnatelj.

Ravnatelj mora imati završen sveučilišni diplomski studij i najmanje pet godina radnog iskustva na poslovima upravljanja.

Ravnatelj Zavoda ima zamjenika i pomocnike.

Clanak 96.

Ravnatelj Zavoda imenuje se na temelju javnog natjecaja.

Ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Skupština uz suglasnost Vlade Republike Hrvatske.

Ravnatelj Zavoda imenuje se na vrijeme od cetiri godine.

Clanak 97.

Ravnatelj Zavoda odgovoran je za financijsko poslovanje Zavoda.

Ravnatelj Zavoda odgovoran je za uravnoteženost rashoda s prihodima Zavoda te je obvezan ministru nadležnom za zdravstvo i ministru nadležnom za financije dostavljati tromjesečno izvješće o financijskom poslovanju Zavoda.

Clanak 98.

Ravnatelj Zavoda može biti razriješen i prije isteka vremena na koje je imenovan.

Prijedlog za razrješenje ravnatelja prije isteka vremena na koje je imenovan Skupštini može podnijeti najmanje jedna trecina clanova Skupštine i ministar nadležan za zdravstvo.

Clanak 99.

Skupština je dužna razriješiti ravnatelja i prije isteka mandata za koji je izabran ako:

- ravnatelj to osobno zahtijeva,
- nastane neki od razloga koji po posebnim propisima ili propisima kojima se ureduju radni odnosi dovode do prestanka ugovora o radu,
- je u poslovanju Zavoda u šestomjesečnom razdoblju iskazan višak rashoda nad prihodima,
- svojim nesavjesnim ili nezakonitim radom prouzroci Zavodu vecu štetu, zanemaruje ili nemarno obavlja svoju dužnost tako da su nastale ili mogu nastati vece smetnje u obavljanju djelatnosti Zavoda,
- u svojem radu krši propise i opce akte Zavoda ili neopravdano ne izvršava odluke Skupštine ili Upravnog vijeca, odnosno postupuje u protivnosti s njima.

Skupština mora prije donošenja odluke o razrješenju obavijestiti ravnatelja o razlozima

za razrješenje i dati mu mogućnost da se o njima pisano izjasni.

Članak 100.

Zamjenik ravnatelja mora imati završen sveučilišni diplomski studij i najmanje pet godina radnog iskustva na poslovima upravljanja.

Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na temelju javnog natjecaja.

Zamjenika ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Skupština uz suglasnost Vlade Republike Hrvatske.

Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

Članak 101.

Zamjenik ravnatelja Zavoda može biti razriješen i prije isteka vremena na koje je imenovan.

Prijedlog za razrješenje zamjenika ravnatelja prije isteka vremena na koje je imenovan Skupštini može podnijeti najmanje jedna trećina članova Skupštine, ravnatelj i ministar nadležan za zdravstvo.

Članak 102.

Skupština je dužna razriješiti zamjenika ravnatelja i prije isteka mandata za koji je izabran zbog razloga iz članka 99. ovoga Zakona.

Skupština mora prije donošenja odluke o razrješenju obavijestiti zamjenika ravnatelja o razlozima za razrješenje i dati mu mogućnost da se o njima pisano izjasni.

Članak 103.

Broj pomoćnika ravnatelja i način njihova imenovanja utvrđuje se Statutom Zavoda.

Članak 104.

Način imenovanja i razrješenja voditelja područnog ureda Zavoda uređuje se Statutom Zavoda.

Članak 105.

Djelokrug rada, ovlaštenja i odgovornost ravnatelja, zamjenika ravnatelja, pomoćnika ravnatelja Zavoda i voditelja područnog ureda Zavoda utvrđuje se Statutom Zavoda.

3. Nadzor nad radom Zavoda

Clanak 106.

Nadzor nad zakonitošću rada i opcijih akata Zavoda obavlja ministarstvo nadležno za zdravstvo.

U provođenju nadzora iz stavka 1. ovoga članka ministarstvo nadležno za zdravstvo može:

- zahtijevati izvješća, podatke i druge obavijesti o obavljanju poslova,
- predložiti Vladi Republike Hrvatske pokretanje postupka pred Ustavnim sudom za ocjenu suglasnosti opcijih akata Zavoda sa zakonom i Ustavom,
- izvršiti uvid u ustrojstvo i način poslovanja te predložiti mjere radi izvršenja pojedinih poslova,
- poduzeti i druge mjere propisane ovim Zakonom ili drugim propisima.

Clanak 107.

Ravnatelj Zavoda obavezan je ministru nadležnom za zdravstvo i Vladi Republike Hrvatske podnijeti godišnje izvješće o poslovanju Zavoda najkasnije do 1. ožujka tekuće godine za prethodnu godinu, a mjesečno izvješće o izvršenju ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda do 15. u mjesecu za prethodni mjesec.

Clanak 108.

Ako Vlada Republike Hrvatske utvrdi da su gubici Zavoda u provođenju obaveznoga zdravstvenog osiguranja nastali zbog objektivnih okolnosti, sanacija gubitaka pokriva se iz državnog proračuna.

VIII. OSTVARIVANJE PRAVA I OBVEZA IZ OBVEZNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Clanak 109.

Pravo na obvezno zdravstveno osiguranje utvrđuje se priznavanjem statusa osigurane osobe u Zavodu.

Osiguranoj osobi prestaje status osigurane osobe prestankom okolnosti na temelju kojih je stekla taj status.

Status osigurane osobe dokazuje se posebnom ispravom.

Opci akt o sadržaju i obliku isprave iz stavka 3. ovoga članka, kao i načinu njezina izdavanja, donijet će Zavod.

Clanak 110.

Status osigurane osobe utvrđuje Zavod na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje koju prema odredbama ovoga Zakona podnosi obveznik placanja doprinosa, osigurana osoba kada je ona obveznik placanja doprinosa, odnosno pravna ili fizicka osoba za osiguranu osobu.

Prijava na obvezno zdravstveno osiguranje podnosi se u roku od 15 dana od dana nastanka ili promjene okolnosti na osnovu kojih se stjece status osigurane osobe.

Osobi za koju obveznik placanja doprinosa ne podnese prijavu, odnosno odjavu s obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod ce donijeti rjesenje o stjecanju odnosno prestanku statusa osigurane osobe sukladno opcem aktu Zavoda.

Clanak 111.

Sve pravne i fizicke osobe obvezne su dostaviti Zavodu sve podatke u svezi s prijavom i odjavom osiguranih osoba, a radi ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja i izdavanja posebne isprave iz clanka 109. stavka 3. ovoga Zakona.

Ako obveznik placanja doprinosa iz stavka 1. ovoga clanka u roku od 30 dana od dana nastanka okolnosti za stjecanje statusa osigurane osobe ne podnese prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje Zavod ce po službenoj dužnosti donijeti rjesenje o priznavanju statusa osiguranika, odnosno osigurane osobe Zavoda sukladno opcem aktu Zavoda.

Clanak 112.

Ako Zavod ne prihvati podnesenu prijavu ili utvrdi status osigurane osobe po nekoj drugoj osnovi, o tome donosi rjesenje koje dostavlja podnositelju prijave i zainteresiranoj osobi sukladno opcem aktu Zavoda.

Opci akt o nacinu prijavljivanja i odjavljivanja osigurane osobe iz stavka 1. ovoga clanka, te nacinu utvrđivanja i kontrole okolnosti koje su osnova za stjecanje statusa osigurane osobe donijet ce Zavod.

Clanak 113.

O pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja odlucuje Zavod u pravilu bez donošenja rjesenja.

Zavod donosi rjesenja o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja kada je to utvrđeno opcim aktom Zavoda ili na zahtjev osigurane osobe.

Clanak 114.

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 pred Upravnim sudom Republike Hrvatske.

Clanak 115.

O pravima iz obveznog 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 obveznog zdravstvenog osiguranja, primjenjuje se Zakon o općem upravnom postupku, ako ovim Zakonom nije drukcije uređeno.

Clanak 116.

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama ovoga Zakona, osigurana osoba ima pravo na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite.

Osigurana osoba bira doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite za razdoblje od najmanje jedne godine.

Opće akte o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite donijet će Zavod uz mišljenje nadležne komore i suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Clanak 117.

U postupcima za priznavanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema ovom Zakonu sudjeluje liječničko povjerenstvo Zavoda.

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

IX. NAKNADA ŠTETE

Clanak 118.

Osigurana osoba obvezna je Zavodu naknaditi štetu:

- ako je ostvarila primanje iz sredstava Zavoda na osnovi neistinitih ili netočnih podataka za koje je znala ili je morala znati da su neistiniti, odnosno netočni ili je primanje ostvarila na drugi protupravni način, odnosno u većem opsegu nego što joj pripada,
- ako je ostvarila primanje iz sredstava Zavoda uslijed toga što nije prijavila promjenu koja utječe na gubitak ili opseg prava, a znala je ili je morala znati za tu promjenu.

Clanak 119.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu prouzrocene štete od osobe koja je prouzročila bolest, ozljedu ili smrt osigurane osobe.

Za štetu koju je Zavodu u slučajevima iz stavka 1. ovoga članka počinio radnik na radu ili u svezi s radom odgovara pravna ili fizička osoba.

Zavod je obvezan u slučajevima iz stavka 2. ovoga članka zahtijevati naknadu štete i neposredno od radnika, ako je šteta prouzročena namjerno ili grubom nepažnjom. Kada Zavod zahtijeva naknadu štete od pravne osobe, fizičke osobe i od radnika, oni odgovaraju za štetu solidarno.

Clanak 120.

Osigurana osoba kojoj je iz sredstava Zavoda isplacen novcani iznos na koji nije imala pravo, obvezna je vratiti primljeni iznos uvecan za zakonsku zateznu kamatu.

Clanak 121.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu prouzrocene štete od pravne, odnosno fizičke osobe:

- ako je šteta nastala zato što nisu dani podaci ili što su dani neistiniti ili netocni podaci o cinjenicama o kojima ovisi stjecanje ili opseg prava,
- ako je isplata izvršena na temelju neistinitih ili netocnih podataka navedenih u prijavi o stupanju radnika na rad,
- ako je isplata izvršena stoga što nije podnesena prijava o promjenama koje utjecu na gubitak ili na opseg prava radnika, odnosno prijava o istupanju radnika s rada ili ako je prijava podnesena poslije propisanog roka.

Osigurane osobe koje su obvezne same podnositi prijave ili davati određene podatke u svezi sa svojim pravima i obvezama, obvezne su u slučajevima iz stavka 1. ovoga članka same Zavodu naknaditi štetu koja je nastala jer prijava nije podnesena ili su dani neistiniti podaci.

Za štetu u slučajevima iz stavka 1. ovoga članka, pravna i fizička osoba odgovaraju bez obzira na krivnju, a osigurane osobe u slučajevima iz stavka 2. ovoga članka odgovaraju za štetu ako su znale ili morale znati da su dani podaci neistiniti ili netocni, odnosno ako su znale ili morale znati za promjene koje utjecu na gubitak ili opseg prava, a te promjene nisu prijavile.

Clanak 122.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu prouzrocene štete od pravne ili fizičke osobe ako su bolest, povreda ili smrt osigurane osobe nastale zbog toga što nisu provedene mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu gradana.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu prouzrocene štete od pravne ili fizicke osobe i kada je šteta nastala jer je radnik stupio na rad bez propisanog prethodnoga zdravstvenog pregleda, a kasnije se zdravstvenim pregledom utvrdi da ta osoba prema zdravstvenom stanju nije bila sposobna za rad na određenim poslovima.

Clanak 123.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu prouzrocene štete u slucajevima iz clanka 119. ovoga Zakona i neposredno od osiguravatelja kod koje su ove osobe osigurane od odgovornosti za štetu uzrokovanu trecim osobama, prema propisima o obveznom osiguranju ovog rizika.

Clanak 124.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu štete u slucajevima iz clanka 119. ovoga Zakona i izravno od društva za osiguranje kod kojeg su vlasnici, odnosno korisnici motornog vozila osigurani od odgovornosti za štetu.

Clanak 125.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzrocenu uporabom vozila inozemne registracije na podrucju Republike Hrvatske, koje ima valjanu medunarodnu ispravu o osiguranju od automobilske odgovornosti izravno od Hrvatskog ureda za osiguranje.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu štete i kad je šteta nastala u inozemstvu u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju i medunarodnih ugovora.

Clanak 126.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu štete u slucajevima predvidenim ovim Zakonom, bez obzira na to što je šteta nastala isplatom davanja koja kao pravo pripadaju osiguranoj osobi iz sredstava Zavoda.

Clanak 127.

Naknada štete koju Zavod ima pravo zahtijevati u slucajevima iz clanka 118., 119., 121. do 126., ovoga Zakona obuhvaca troškove za zdravstvene i druge usluge te iznose novcanih naknada i drugih davanja koje placa Zavod.

Clanak 128.

Zdravstvena ustanova odnosno privatni zdravstveni radnik odgovoran je Zavodu za štetu koju je prouzrocio pri obavljanju ili u svezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama Zakona o obveznim odnosima.

Clanak 129.

Pri utvrđivanju prava na naknadu štete prouzroocene Zavodu primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obveznim odnosima, kao i posebni propisi o naknadi štete.

Clanak 130.

Tražbine naknade štete, u smislu odredbi ovoga Zakona, zastarijevaju istekom rokova određenih Zakonom o obveznim odnosima.

Rokovi zastare tražbina naknade štete u smislu odredbi ovoga Zakona, pocinju teci:

- u slucajevima iz clanka 118. i clanka 121. stavka 1. ovoga Zakona, od dana pravomocnosti rješjenja kojim je utvrđeno da isplaceno primanje nije pripadalo ili je pripadalo u manjem opsegu;
- u slucajevima iz clanka 119. i 122. ovoga Zakona od dana kada je postalo ovršnim rješjenje kojim je priznato pravo na primanje iz sredstava Zavoda,
- u ostalim slucajevima kada se zahtijeva naknada za pojedina isplacena davanja iz clanka 126. ovoga Zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

Iznimno od stavka 2. ovog clanka na pitanja zastare za štete prouzroocene kaznenim djelom primjenjuju se rokovi predviđeni Zakonom o obveznim odnosima.

Clanak 131.

Kada se utvrdi da je nastala šteta, Zavod ce uz navodenje dokaza pozvati osiguranu osobu, pravnu ili fizicku osobu, pravnu osobu za osiguranje imovine i osoba ili drugu osobu koja je dužna naknaditi štetu, da u određenom roku naknadi štetu.

Ako šteta ne bude naknadena u određenom roku, Zavod tražbinu ostvaruje tužbom kod nadležnog suda.

Zavod ima pravo na zateznu kamatu po stopi propisanoj Zakonom o zateznim kamatama, od dana nastale štete.

Zavod nema pravo bez izricitog pristanka osigurane osobe ostvariti naknadu štete obustavom isplate ili ustezanjem od novcane naknade na koju osigurana osoba ima pravo u svezi s korištenjem prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

X. KAZNENE ODREDBE

Clanak 132.

Novcanom kaznom od 100.000,00 do 500.000,00 kuna kaznit ce se za prekršaj pravna osoba - obveznik placanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje koja uz isplatu placa, a najkasnije do konca mjeseca za prethodni mjesec ne uplati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje.

Novčanom kaznom od 10.000,00 do 50.000,00 kuna za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se odgovorna osoba u pravnoj osobi te fizička osoba – obveznik plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje.

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka pravnoj i fizičkoj osobi može se uz novčanu kaznu izreći i zaštitna mjera privremene zabrane obavljanja djelatnosti.

Članak 133.

Novčanom kaznom od 70.000,00 do 100.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna osoba koja Zavodu u propisanom roku ne dostavi prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje (članak 110. stavak 2.).

Novčanom kaznom od 8.000,00 do 15.000,00 kuna kaznit će se odgovorna osoba u pravnoj osobi i fizička osoba za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka.

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka pravnoj osobi i fizičkoj osobi može se uz novčanu kaznu izreći i zaštitna mjera privremene zabrane obavljanja djelatnosti.

Članak 134.

Novčanom kaznom u iznosu od 80.000,00 do 150.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna osoba ako osiguraniku ne isplati naknadu plaće sukladno obracunu koji je dostavio Zavod (članak 37. stavak 2.).

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 8.000,00 do 15.000,00 kuna odgovorna osoba u pravnoj osobi i fizička osoba.

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka pravnoj i fizičkoj osobi može se uz novčanu kaznu izreći i zaštitna mjera privremene zabrane obavljanja djelatnosti.

Članak 135.

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 15.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna, odnosno fizička osoba, koja u propisanom roku ne dostavi Zavodu sve podatke u svezi s prijavom i odjavom osigurane osobe, radi ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja (članak 111.).

Za radnju iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 3.000,00 do 5.000,00 kuna i odgovorna osoba u pravnoj osobi.

Clanak 136.

Novčanom kaznom u iznosu od 8.000,00 do 15.000,00 kuna kaznit će se za, prekršaj osigurana osoba:

- ako je svjesno prouzročila privremenu nesposobnost za rad, ako u roku od tri dana nakon početka bolesti ne izvjesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite da je oboljela, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ju je u tome onemogućio, ako namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje, ako za vrijeme bolovanja radi, ako se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno liječničkog povjerenstva Zavoda, ako se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite otpuće iz mjesta prebivališta ili ako zlorabi pravo na korištenje bolovanja na neki drugi način (članak 44.),
- ako je ostvarila pravo na naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a nije imala pravne osnove (članak 53.),
- ako koristi ispravu kojom se dokazuje status osigurane osobe na način protivan odredbama ovoga Zakona i propisa donesenih na temelju ovoga Zakona (članak 109.).

XI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Clanak 137.

U slučajevima kada ga ovlašćuje ovaj Zakon nadležni ministar donijet će pravilnike u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Clanak 138.

Zavod će opće akte na čije donošenje ga ovlašćuje ovaj Zakon donijeti u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Clanak 139.

Do stupanja na snagu propisa iz članka 137. i 138. ovoga Zakona ostaju na snazi:

1. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 93/03., 158/03., 198/03., 81/04., 174/04., 30/05., 62/05. i 112/05),
2. Pravilnik o načinu ostvarivanja prava osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite ("Narodne novine", broj 106/04.),
3. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući ("Narodne novine", broj 26/96., 79/97., 31/99., 51/99. i 73/99.),

4. Pravilnik o sastavu, ovlastima i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 76/02. i 73/03.),
5. Pravilnik o načinu propisivanja, izdavanja i naplaccivanja lijekova ("Narodne novine ", broj 155/05. i 24/06.),
6. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala („Narodne novine“, broj 25/05., 41/05., 88/05., 125/05., 155/05., 24/06., 36/06. i 46/06.),
7. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za 2006. godinu ("Narodne novine", broj 155/05.),
8. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu ("Narodne novine ", broj 76/02., 43/03., 198/03., 30/05., 155/05., 12/06.-procišćeni tekst i 24/06.),
9. Pravilnik o načinu prijavljivanja i odjavljivanja, te trajanju statusa osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz osnovnog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 28/02., 43/03. i 51/05.),
10. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za provođenje zdravstvene njege u kući ("Narodne novine" broj 76/02.),
11. Pravilnik o rokovima najduljeg trajanja bolovanja ovisno o vrsti bolesti ("Narodne novine", broj 5/03.),
12. Pravilnik o načinu obavljanja kontrole poslovanja ugovornih subjekata i ustrojstvenih jedinica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 32/03.),
13. Odluka o utvrđivanju Liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 19/06.),
14. Odluka o sadržaju i obliku isprave kojom se dokazuje status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz osnovnog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine ", broj 28/02., 11/03., 158/03., 161/04., 51/05. i 155/05.),
15. Odluka o maksimalnom trajanju postupaka zdravstvene njege u kući ("Narodne novine" broj 73/99.),
16. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za 2006. godinu ("Narodne novine", broj 26/06.),
17. Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja za 2006. godinu ("Narodne novine", broj 26/06.),
18. Odluka o utvrđivanju cijene rada i materijala zubotehnicara za izradu stomatološko-protetskih pomagala, ortodontskih uređaja, udlaga, resekcijских proteza, epiteza i opturatora za osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (“Narodne novine”, broj 26/06.),
19. Odluka o utvrđivanju Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima – vremenski i kadrovski normativi ("Narodne novine", broj 15/92., 29/93., 65/93., 31/95., 73/99., 3/00., 18/00., 118/01., 44/02., 76/02., 85/02., 92/02., 130/02., 151/02., 11/03., 32/03., 43/03., 203/03., 30/05. i 88/05.),
20. Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za održavanje za osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi ("Narodne novine", broj 39/02.).

Clanak 140.

Zavod je dužan svoje ustrojstvo uskladiti s odredbama ovoga Zakona u roku od godine dana od dana njegova stupanja na snagu.

Clanak 141.

Predstavnička tijela jedinica područne (regionalne) samouprave obvezne su izabrati svoje predstavnike za Skupštinu Zavoda u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Konstituirajuću sjednicu Skupštine Zavoda sazvat će predsjednik Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje najkasnije u roku od mjesec dana od isteka roka iz stavka 1. ovoga članka.

Clanak 142.

Sve pravne i fizičke osobe u ostvarivanju prava i obveza iz obveznoga zdravstvenog osiguranja dužne su svoje poslovanje uskladiti s odredbama ovoga Zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Clanak 143.

Osigurane osobe koje su započele ostvarivati pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava koja proizlaze iz obveznog zdravstvenog osiguranja prije stupanja na snagu ovoga Zakona, od dana njegova stupanja na snagu ostvaruju ta prava prema njegovim odredbama.

Osobe iz stavka 1. ovoga članka koje prema odredbama ovoga Zakona ne ispunjavaju propisane uvjete za korištenje prava priznatog prema dosadašnjim propisima, nastavljaju započeto korištenje tim pravom prema odredbama ovoga Zakona kao da ispunjavaju uvjete propisane ovim Zakonom, odnosno na temelju ovoga Zakona, sve dok traje bolest i potreba liječenja.

Clanak 144.

Žalbe podnesene protiv rješenja donesenih do stupanja na snagu ovoga Zakona, rješavat će se prema propisima koji su važili do dana njegova stupanja na snagu.

Clanak 145.

Osigurane osobe koje su na dan stupanja na snagu ovoga Zakona zatecene u statusu zdravstveno osigurane osobe utvrđenom prema članku 5. točki 13., 14., 16. i 17. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 30/04., 177/04. i 90/05.) zadržavaju taj status u trajanju od najviše 24 mjeseca bez prijave u evidenciju nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje.

Clanak 146.

Osigurane osobe Zavoda koje su pravo na oslobađanje od pokrica dijela troškova zdravstvene zaštite ostvarile na temelju Zakona o oslobađanju od plaćanja dijela troškova

zdravstvene zaštite ("Narodne novine", broj 32/02 i 30/04). zadržavaju to pravo i nakon stupanja na snagu ovoga Zakona, a najdulje do isteka važenja potvrde iz članka 9. toga Zakona.

Od dana stupanja na snagu dopunske liste lijekova Zavoda iz članka 16. stavka 4. ovoga Zakona osigurana osoba ne može na temelju potvrde iz stavka 1. ovoga članka ostvariti pravo na oslobađanje od plaćanja doplate za lijekove sa dopunske liste lijekova Zavoda.

Članak 147.

Osigurane osobe Zavoda koje su zaključile ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sukladno odredbi članka 78. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 330/04. i 177/04.) nastavljaju koristiti prava na temelju toga ugovora u skladu sa odredbama posebnog zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Članak 148.

Do dana stupanja na snagu posebnog zakona kojim će se urediti pitanje ostvarivanja prava na pomoć za opremu novorođenog djeteta kao i isplate novčane naknade za vrijeme rodiljnog dopusta nezaposlenih majki, majki na redovitom školovanju i nezaposlenih majki korisnica invalidske mirovine zbog profesionalne nesposobnosti za rad ostaju na snazi:

- Pravilnik o uvjetima i načinu korištenja prava za pomoć za opremu novorođenog djeteta („Narodne novine“, broj 58/94.)
- odredbe članka 21. stavka 2., članka 25. i članka 39. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj, 75/93., 55/96., 1/97-pročišćeni tekst, 109/97., 13/98., 88/98., 10/99., 34/99., 69/00., 59/01. i 82/01.) u dijelu koji se odnosi na novčanu naknadu nezaposlenim majkama za vrijeme korištenja rodiljnog dopusta koje prestaju važiti danom stupanja na snagu posebnog zakona kojim će se urediti isplata novčane naknade za vrijeme rodiljnog dopusta nezaposlene majke, majke na redovitom školovanju i nezaposlene majke korisnice invalidske mirovine zbog profesionalne nesposobnosti za rad, odnosno pomoć za opremu novorođenog djeteta.

Članak 149.

Danom stupanja na snagu ovoga Zakona prestaje važiti Zakon o zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 30/04., 177/04. i 90/05.) osim odredaba članka 12. i 13., članka 17. stavka 2. točke 1. podstavka 22., članka 20., članka 34. stavka 2., članka 38. stavka 2. točke 1., članka 39. stavka 2., članka 44. točke 4., članka 70., 71. stavka 1. i 2. i članka 73. podstavka 2. te članka 91. stavka 6. podstavka 2. koje se odnose na ozljede na radu i profesionalne bolesti koje prestaju važiti istekom roka od godinu dana od stupanja na snagu ovoga Zakona te Zakon o oslobađanju od plaćanja dijela troškova zdravstvene zaštite ("Narodne novine", broj 32/02 i 30/04).

Članak 150.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmog dana od dana objave u „Narodnim novinama“.

O B R A Z L O Ź E N J E

I. RAZLOZI ZBOG KOJIH SE ZAKON DONOSI

Cilj svakog dobro ustrojenog sustava zdravstva jest poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva, produljenje ljudskoga života te uspostavljanje povoljnoga utjecaja na kvalitetu života i osposobljenost neovisnog funkcioniranja pojedinaca.

Ostvarenje navedenog cilja nužno uključuje donošenje Nacionalne strategije razvitka zdravstva kao osnove za opsežnu reformu zdravstvenog sustava i financiranja zdravstva u Republici Hrvatskoj.

Po donošenju Nacionalne strategije razvitka zdravstva 2006. do 2011. nužne su i odgovarajuće zakonske promjene na području financiranja sustava zdravstva, a s tim u svezi i na području zdravstvenog osiguranja.

Sadašnji sustav zdravstva u Republici Hrvatskoj temelji se na Bismarckovom modelu financiranja s obzirom da se oko 80% troškova zdravstvenog osiguranja financira doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje. Važecim Zakonom o zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 30/04., 177/04. i 90/05.) određeno je i financiranje zdravstvenog osiguranja i iz državnog proračuna, što je osobina Beveridge modela financiranja zdravstva.

Slijedom navedenog, hrvatski sustav zdravstva ima karakteristike mješovitog sustava financiranja. Međutim, izvor financiranja je gotovo isključivo javni jer se financiranje ostvaruje većim dijelom iz doprinosa i poreza (transferi iz državnog proračuna).

Zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj pretežito se financira direktnim financiranjem putem doprinosa na place (više od 80 %), manjim dijelom sredstvima iz državnog i županijskog proračuna, donacijama, iz dobrovoljnih osiguranja, te direktnim plaćanjem pacijenata (doplata, administrativna pristojba, te ostala plaćanja).

Republika Hrvatska za zdravstvo troši relativno veliki dio BDP-a. Posljednjih godina prošlog desetljeća došlo je do nagle eskalacije troškova koji su dosegli vrhunac 2000. godine, kada je ukupna potrošnja za zdravstvo predstavljala 10,2% BDP-a. Javna potrošnja za zdravstvo iznosila je 8,2%, a privatna 2% BDP-a. Ukupna potrošnja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) ne racunajuci naknade i pomoci, do 2000. godine rasla je brže od BDP-a, te je 2000. godine iznosila 8,0% BDP-a. Nakon 2000. godine, porast potrošnje zadržan je ispod stope rasta BDP-a, te je 2005. godine potrošnja iznosila 5,8% BDP-a. Porast izdataka ugovornih subjekata, te izostanak financijske kontrole, posebno u razdoblju od 2000. do 2003. godine, doveo je do deficita koji su se povremeno pokrivali iz državnog proračuna.

S obzirom da do kraja 2001. godine nisu u cijelosti provedeni nužni reformski zahvati, a čiji je cilj trebala biti racionalizacija, kako u kadrovskom, tako i u financijskom poslovanju zdravstvenih subjekata, te kako Zavod nema nikakvu upravljačku nadležnost nad zdravstvenim ustanovama, već je isto u nadležnosti osnivaca (države i županije) to je stanje poslovanja zdravstvenih ustanova na dan 31. 12. 2001. godine pokazalo da su neplacene obveze bolnica preko 90 dana iznosile oko 876 milijuna kuna, dok su neplacene obveze preko 90 dana zdravstvenih subjekata na primarnoj razini zdravstvene zaštite iznosile daljnjih 58 milijuna kuna, odnosno ukupno zdravstvene ustanove 946 milijuna kuna.

Sagledavajući financijsko stanje u cjelokupnom sustavu zdravstva, Vlada Republike Hrvatske odlučila se na sanaciju kojom su se podmirile obveze zdravstvenih ustanova prema dobavljačima za lijekove, sanitetski materijal, krv i krvne pripravke, namirnice, energiju, za repromaterijal i za proizvodne i neproizvodne usluge. Isto tako, sanacijom su se pokrila i dugovanja prema zaposlenicima na područjima od posebne državne skrbi.

Tako je 2004. godine uplaceno više od 3,0 milijardi kuna na ime podmirenja obveza po dospelom kreditnom zaduženju Zavoda iz 2000., 2002. i 2003. godine te na ime sanacije dugovanja zdravstvenih ustanova prema veletrgovnicima za dugove iz 2003. godine. Ako se potrošnji Zavoda pridodaju spomenuta sredstva, nadalje potrošnja iz državnog, regionalnog i lokalnog proračuna, te sredstva za kapitalne investicije (decentralizirana sredstva), javna potrošnja za zdravstvo u 2004. godini iznosila je 7,7% BDP-a. Procijenjena privatna potrošnja za zdravstvo u 2004. godini iznosila je 2,0% BDP-a.

Slijedom navedenog ukupna potrošnja za zdravstvo u 2004. godini iznosila je 9,7% BDP-a. Međutim, potrebno je napomenuti da je ukupna potrošnja za zdravstvo 2003. godine iznosila 8,9 % BDP-a, a 2005. godine 8,7% BDP-a.

U bolničkim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj u 2004. godini bilo je ugovoreno 21.815 postelja, od čega 15.855 za akutna stanja i 5.960 za subakutna i kronična stanja.

Ukupno iskazane obveze na dan 31. 12. 2004. godine u 14 kliničkih ustanova zajedno iznosile su 1,28 milijardi kuna, od čega obveze preko 90 dana 485,5 milijuna kuna. Ukupno iskazane obveze općih bolnica na isti dan iznosile su 889,8 milijuna kuna, od čega obveze preko 90 dana 444,9 milijuna kuna. Ukupno iskazane obveze specijalnih bolnica na dan 31. 12. 2004. godine iznosile su 180,8 milijuna kuna, od čega obveze preko 90 dana 60 milijuna kuna. Rast je usporen, ali je i dalje prisutan.

U razdoblju od 2001. do 2004. godine zabilježen je izniman porast troškova lijekova na recept, tako da su ti troškovi 2001. godine iznosili 2 milijarde kuna, a 2004. godine 3 milijarde kuna, što je po godinama vidljivo u sljedećoj tablici:

Izdaci za lijekove na recepte
2001.-2004. god. (likvidirani računi)

- kn

	2001.	2002.	2003.	2004.
1. osnovno osiguranje	2.083.223.055	2.104.683.084	2.492.613.808	2.705.624.931
2. dopunsko osiguranje	-	65.885.908	223.941.625	307.243.336
Ukupno:	2.083.223.055	2.170.568.992	2.716.555.433	3.012.868.267
Broj recepata	29.076.230	29.386.844	31.046.259	32.613.637

Apsolutne velicine zdravstvene potrošnje prikazane su u sljedećoj tablici:

	2003.*	2004.*	2005.*
Ministarstvo zdravstva socijalne skrbi	313.232.999	266.481.321	631.462.320
Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	14.220.019.860	14.004.842.115	14.729.000.000
a) zdravstvena zaštita	11.940.387.139	11.748.425.229	12.496.812.000
b) naknade	1.880.444.037	1.898.132.338	1.857.800.000
c) ostalo	399.188.684	358.284.548	374.388.000
Obveze po dospjelim kreditnim zaduženjima**		2.488.666.275	850.000.000
Sanacija dugovanja prema veleprodajama***		533.013.285	
Decentralizirana sredstva	398.059.917	389.380.924	398.059.917
UKUPNO****	13.050.868.739	15.784.251.582	14.750.722.237

*Podaci izdvajanja za zdravstvo za 2003. i 2004. godinu predstavljaju izvršenje, dok podaci za 2005. godinu predstavljaju plansku veličinu

** Podmirenje obveza po dospjelim kreditnim zaduženjima HZZO-a iz 2000., 2002. i 2003. godine, te kreditno zaduženje u 2005. godini za obveze iz 2004. godine

***Sanacija dugovanja zdravstvenih ustanova prema veleprodajama za dugove iz 2003. godine

**** Ne uključuje privatnu potrošnju. Prema procjeni WHO privatna potrošnja za zdravstvo u Hrvatskoj iznosi 18,2% ukupne potrošnje za zdravstvo, odnosno 2% BDP-a. Ne uključuje naknade. Ne uključuje izdvajanja lokalne (regionalne) samouprave za zdravstvo koje prema procjeni Vlade RH iznosi 0,1% BDP-a.

Zbog potrebe jačanja fiskalne discipline u zdravstvenom sustavu, u cilju smanjenja godišnjeg deficita koji ima negativan utjecaj, kako na zdravstveni sektor, tako i na fiskalnu situaciju u cjelini, tijekom 2004. i 2005. godine uvedene su mjere sa svrhom povećanja izvora prihoda (prihodi iz privatnih izvora: doplata, administrativna pristojba, dobrovoljna osiguranja), jačanja fiskalne discipline i upravljanja sredstvima, ograničenja troškova prema dobavljačima (objedinjena nabava), te ograničenja troškova reformom plaćanja davateljima usluga.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi utvrdilo je tijekom 2004. godine 35 hitnih mjera za smanjivanje potrošnje i stabilizaciju sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja koje su ugrađene kao novi elementi u ugovore primarne zdravstvene zaštite, specijalisticko-konzilijarne zdravstvene zaštite te bolnicke zdravstvene zaštite.

Kako bi se postojeće stanje u sustavu financiranja zdravstva što uspješnije prebrodilo, sukladno Nacionalnoj strategiji razvitka zdravstva, u predstojećem razdoblju potrebno je:

1. ograničiti rast zdravstvenih troškova i uspostaviti financijsku stabilnost sustava, uvesti planiranje i upravljanje u sustav zdravstva te reorganizirati sustav financiranja i plaćanja zdravstvenih usluga,
2. odrediti nove izvore financiranja zdravstvene zaštite te unaprijediti postojeći sustav direktnog plaćanja bolesnika putem doplate, odnosno putem administrativne pristojbe te dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
3. financijskom stabilizacijom sustava uravnotežiti prihode i rashode, sanirati gubitke iz prošlih godina te uspostaviti uredno plaćanje u sustavu zdravstva. U cilju postizanja boljeg financijskog poslovanja ugovornih subjekata Zavoda potrebno je unaprijediti postojeće mehanizme plaćanja zdravstvene zaštite,
4. kategorizacijom i akreditacijom bolnica postići specijaliziranost bolnica za pojedine djelatnosti (postupke) a time i veću učinkovitost i kvalitetu rada što posljedično može utjecati na smanjenje troškova,
5. racionalizirati nabavu i korištenje dijagnostičke opreme u skladu sa kategorizacijom i akreditacijom bolnica te definiranim kliničkim smjernicama,
6. izradom algoritama dijagnostičkih i terapijskih postupaka te standardizacijom medicinskih postupaka postići veću učinkovitost i kvalitetu te time i racionalizaciju poslovanja,
7. mjerama na području farmakoeconomike racionalizirati potrošnju lijekova.

II. PITANJA KOJA SE ZAKONOM RJEŠAVAJU

Polazeci od ustavnog određenja Republike Hrvatske kao socijalne države, u cilju poboljšanja sustava financiranja zdravstvene zaštite, ne zadiruci pri tome u utvrđena prava osiguranih osoba obuhvacena sadašnjim osnovnim zdravstvenim osiguranjem i njihov opseg te posebno vodeći računa o socijalno osjetljivim skupinama stanovništva, ovim se zakonskim prijedlogom uređuju sljedeća pitanja:

- **razgranicenje sustava obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

Zakonskim prijedlogom definira se podjela zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj na obvezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Predmet uređivanja ovoga Zakona jest sustav obveznog zdravstvenog osiguranja koje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod), a uvjeti i način provedbe dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uredit će se posebnim zakonom.

Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti i solidarnosti.

- **definiranje osnovnog paketa zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja**

Ovim se Zakonom uređuje da se pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaceno obveznim zdravstvenim osiguranjem osigurava pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe Zavoda.

U paketu obveznog zdravstvenog osiguranja, u definiranju usluga koje će se u cijelosti financirati na teret sredstava Zavoda, radi unapređivanja i očuvanja zdravstvenog stanja stanovništva Republike Hrvatske, naglasak je na preventivnoj i primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Naime, epidemiološka istraživanja pokazala su da je većina kroničnih bolesti preventabilna. Provedba intenzivnih programa preventivne zdravstvene zaštite iskazala je u drugim državama svoju učinkovitost u smislu smanjenja pobola i smrtnosti od pojedinih kroničnih bolesti (srcani infarkt, moždani udar).

Stoga se i ovim zakonskim prijedlogom, u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osiguranim osobama Zavoda osigurava u cijelosti plaćanje zdravstvenih usluga za preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, učenika i studenata te odraslih osoba, preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu djece do 18 godina života, preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu žena u svezi s planiranjem obitelji, praćenjem trudnoce i poroda, preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu trudnica, preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi HIV infekcija i ostalih zaraznih bolesti za koje je zakonom predviđeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja.

Iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti je pokriveno i obvezno cijepljenje, imunoprofilaksa i kemoprofilaksa, kemoterapija i radioterapija, zdravstvena zaštita u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, hitna medicinska pomoć, hitna stomatološka pomoć, hitni medicinski prijevoz, kućne posjete za akutna stanja, kućno liječenje te patronažna zdravstvena skrb.

U cijelosti se iz obveznog zdravstvenog osiguranja plaća i kurativna zdravstvena zaštita i medicinska rehabilitacija djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju, ortopedska i druga pomagala djeci do 18. godine života sukladno općem aktu Zavoda, kurativna zdravstvena zaštita odraslih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite, osim one za koju je opsegom prava za zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja drukcije određeno.

Iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti je pokrivena i medicinski neophodna bolnička zdravstvena zaštita, osim troškova smještaja i prehrane.

U osnovni paket zdravstvenih usluga koje se u potpunosti plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja uključen je i sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo.

Takoder, iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti se placaju i lijekovi s osnovne liste lijekova Zavoda.

Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti. Pod medikoekonomski najsvrsishodnijim lijekovima podrazumijevaju se lijekovi koji su dokazano medicinski prihvatljivi u smislu svoje djelotvornosti i neškodljivosti i istovremeno su na najprihvatljivijoj razini cijene u odnosu na druge lijekove podjednake svrsishodnosti. Referentna cijena lijekova jest cijena koju Zavod placa iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini najniže cijene koja garantira opskrbu osiguranih osoba Zavoda. Referentna cijena lijekova utvrđuje se putem javnog nadmetanja u postupku određenom posebnim propisima (Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima i podzakonski propisi doneseni na temelju toga Zakona o mjerilima za utvrđivanje cijena lijekova).

Osigurane osobe imaju pravo i na pokrivenost troškova lijekova na dopunskoj listi lijekova Zavoda, koja sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu Zavod osigurava pokrivenost troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova. Doplata do pune cijene lijeka na dopunskoj listi lijekova obvezna je snositi osigurana osoba Zavoda neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguratelji sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

- **doplata i oslobađanje od plaćanja doplate**

Zakonom se uređuje da doplatu (iznos troškova zdravstvene zaštite koje Zavod ne pokriva u cijelosti, iz članka 15. stavka 2. točke 2. do 5. Zakona) snosi osigurana osoba sama ili osiguravatelj (Zavod, društvo za osiguranje) s kojim je osigurana osoba sklopila ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Predlaže se da se od plaćanja doplate iz članka 15. stavka 2. točke 2. do 5. Zakona oslobode djeca do 18. godine života, osobe s invaliditetom i druge osobe kojima se priznaje pomoć druge osobe u obavljanju većine ili svih životnih funkcija prema posebnim propisima, osobe koje imaju najmanje 80% tjelesnog oštećenja prema propisima o mirovinskom osiguranju, odnosno po posebnom zakonu kao i tjelesno hendikepirane osobe, dobrovoljni davatelji krvi s preko 35 davanja (muškarci), odnosno s preko 25 davanja (žene), kao i

osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u pojedinoj kalendarskoj godini ne prelazi utvrđeni iznos (prihodovni cenzus).

Zakonom se uređuje da se osigurane osobe oslobadaju plaćanja doplate ako im prihodovni cenzus ne prelazi iznos od 45,59% proračunske osnovice, a osiguraniku – umirovljeniku samcu 58,31% proračunske osnovice.

Također, uređuje se da sredstva za navedenu doplatu za određene kategorije osiguranika (nezaposlene osobe, učenici i studenti koji nisu zdravstveno osigurani kao članovi obitelji osiguranika, rocnici, pricuvnici ako nisu osigurani po drugoj osnovi, osigurane osobe kojima je priznat status hrvatskog ratnog vojnog invalida prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji kao i za osigurane osobe kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog invalida, mirnodopskog vojnog invalida i civilnog invalida rata prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, za osobe nesposobne za samostalan život i rad koje nemaju sredstava za uzdržavanje te za poljoprivrednike iznad 65 godina života pod propisanim uvjetima) osigurava Republika Hrvatska.

Vezano uz doplatu za lijekove s dopunske liste lijekova Zavoda, ovim se Zakonom predlaže da su navedenu doplatu obvezne snositi sve osigurane osobe Zavoda, neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguratelji sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

- **administrativna pristojba koja se plaća prilikom korištenja zdravstvene zaštite**

Ovim se Zakonom sukladno rješenjima važećeg Zakona o zdravstvenom osiguranju uređuje plaćanje administrativne pristojbe prilikom korištenja zdravstvene zaštite.

Visinu administrativne pristojbe određuje Vlada Republike Hrvatske, s time da ona ne može biti utvrđena u iznosu manjem od 0,15% od proračunske osnovice, odnosno u iznosu manjem od 5,00 kuna.

Najveći mjesečni iznos plaćenih administrativnih pristojbi po osiguranoj osobi ne smije prelaziti 30,00 kuna.

Nakon dosegnutog maksimalnog mjesečnog iznosa od 30,00 kuna osigurana osoba oslobođa se daljnjeg plaćanja administrativnih pristojba za taj mjesec.

U namjeri posebne zaštite vulnerabilnih skupina stanovništva zakonskim prijedlogom predviđaju se izuzeci od plaćanja administrativnih pristojba i to za djecu do 18. godina života i za invalide sa oštećenjem organizma od najmanje 80% prema posebnim propisima.

Administrativna pristojba ne plaća se za preventivne preglede utvrđene planom i programom mjera zdravstvene zaštite.

Navedenim obuhvatom izuzetaka cca. 1.000.000 osoba bilo bi oslobođeno plaćanja administrativne pristojbe.

Treba naglasiti da je administrativna pristojba kao fiksna naknada koja se plaća na mjestima primanja usluga zdravstvene zaštite prisutna u sustavima javnog zdravstvenog osiguranja europskih država (Velika Britanija, Slovačka, Češka, Mađarska, Finska, Austrija, Nizozemska i Švicarska).

- **redefiniranje naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite**

Za razliku od rješenja određenog važećim Zakonom o zdravstvenom osiguranju ovim se Zakonom uređuje da osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova prijevoza ako je zdravstvenu zaštitu koristila u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse u mjestu koje je udaljeno više od 40 kilometara (prema važećoj odredbi 100 kilometara) od mjesta njezina prebivališta, odnosno boravka jer potrebnu zdravstvenu zaštitu nije mogla ostvariti u bližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse s ugovorenom djelatnošću za tu vrstu zdravstvene zaštite.

Predlaže se također da pravo na naknadu troškova prijevoza, neovisno o navedenoj udaljenosti ima osigurana osoba do 18. godine života, osigurana osoba upućena na liječenje u inozemstvo sukladno općem aktu Zavoda, osigurana osoba darivatelj organa, tkiva ili stanica te osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik.

Neovisno o udaljenosti, pravo na naknadu troškova prijevoza ostvaruje i osigurana osoba s prebivalištem, odnosno boravkom na otoku te na područjima određenim Zakonom o brdsko-planinskim područjima i Zakonom o područjima posebne državne skrbi.

- **ustrojstvo i upravljanje Hrvatskim zavodom za obvezno zdravstveno osiguranje**

Važecim Zakonom o zdravstvenom osiguranju uređeno je da Zavodom upravlja Upravno vijeće.

Kao tijelo upravljanja Zavodom ovim se Zakonom određuje Skupština.

Skupštinu čine predstavnici jedinica područne (regionalne) samouprave koje biraju njihova predstavnička tijela tako da se u jedinici područne (regionalne) samouprave do 100.000 stanovnika bira jedan predstavnik, a u jedinicama područne (regionalne) samouprave s više od 100.000 stanovnika na svakih započelih daljnjih 100.000 stanovnika još jedan predstavnik.

Izvršno tijelo Skupštine jest Upravno vijeće koje je sastavljeno od devet članova i čine ga predstavnici osiguranih osoba Zavoda (1 predstavnik aktivnih osiguranika, 1 predstavnik umirovljenika), dva zdravstvena radnika predstavnika davatelja zdravstvenih usluga, tri predstavnika Gospodarsko-socijalnog vijeća, predstavnik ministarstva nadležnog za zdravstvo i predstavnik radnika Zavoda.

Članove Upravnog vijeća na temelju javnog poziva imenuje Skupština Zavoda.

Radom Zavoda rukovodi ravnatelj koji se imenuje se na temelju javnog natjecaja.

Ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Skupština uz suglasnost Vlade Republike Hrvatske.

Ravnatelj Zavoda posebno je odgovoran za uravnoteženost rashoda s prihodima Zavoda te je obavezan ministru nadležnom za zdravstvo i ministru nadležnom za financije dostavljati tromjesečno izvješće o financijskom poslovanju Zavoda.

III. OBJAŠNJENJE ODREDBI PREDLOŽENOG ZAKONA

Uz članke 1. – 2.

Opcim odredbama ovoga zakonskog prijedloga definira se podjela zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj na obvezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje (članak 1.).

Clankom 2. određuje se područje uređivanja ovoga Zakona, a to je sustav obveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj koje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

Zakonom se također uređuje opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osiguranih osoba, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja kao i prava i obveze nositelja obveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite.

Sukladno opcim odredbama zakonskoga prijedloga, obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti i solidarnosti.

Također, određuje se da se uvjeti i način provedbe dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uređuju posebnim zakonom.

Uz članke 3. – 12.

Navedenim clancima zakonskog prijedloga određuju se osobe kojima se osiguravaju prava i obveze koje proizlaze iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Osiguranim osobama u smislu ovoga zakonskog prijedloga smatraju se osiguranici, članovi obitelji osiguranika i druge osigurane osobe. Sveobuhvatnim pristupom utvrđivanju osoba kojima se priznavanjem statusa osiguranika ili člana obitelji osiguranika, odnosno druge osigurane osobe osiguravaju prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti i solidarnosti ostvaruje se i Ustavom Republike Hrvatske zajamčeno pravo svih osoba na zdravstvenu zaštitu (članak 58. Ustava Republike Hrvatske).

Uz članak 13.

Odredbom ovoga članka uređuje se obuhvat prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja koje uključuje pravo na zdravstvenu zaštitu i prava na novčane naknade.

Uz članke 14. – 27.

Odredbama navedenih članaka uređuje se pravo osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja koje obuhvaća pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, pravo na stomatološko-protetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke, pravo na korištenje ortopedskih i drugih pomagala te pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu.

Navedena prava na zdravstvenu zaštitu osiguravaju se provedbom mjera zdravstvene zaštite koje se utvrđuju planom i programom mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravstvo na prijedlog Zavoda i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima.

Člankom 15. zakonskog prijedloga uređuje se da se pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obveznim zdravstvenim osiguranjem osigurava pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe.

Odredbom ovoga članka zakonskog prijedloga definiran je paket zdravstvenih usluga koji će se plaćati iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

U paketu obveznog zdravstvenog osiguranja, pri određivanju usluga koje će se u cijelosti financirati na teret sredstava Zavoda, u cilju unapređenja i očuvanja zdravstvenog stanja stanovništva Republike Hrvatske, naglasak je na preventivnoj i primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Naime, u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenog programom mjera zdravstvene zaštite, osiguranim osobama Zavod osigurava u cijelosti plaćanje zdravstvenih usluga za preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, učenika i studenata te odraslih osoba, preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu

zaštitu djece do 18 godina života, preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu žena u svezi s planiranjem obitelji, procjenom trudnoce i poroda, preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu trudnica, preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi HIV infekcija i ostalih zaraznih bolesti za koje je zakonom predviđeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja.

Osiguranim osobama je u cijelosti pokriveno iz obveznog zdravstvenog osiguranja također i obvezno cijepljenje, imunoprofilaksa i kemoprofilaksa, kemo terapija i radioterapija, zdravstvena zaštita u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, hitna medicinska pomoć, hitna stomatološka pomoć, hitni medicinski prijevoz, kućne posjete za akutna stanja, kućno liječenje te patронаžna zdravstvena skrb.

U cijelosti se iz obveznog zdravstvenog osiguranja plaća i kurativna zdravstvena zaštita i medicinska rehabilitacija djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju, ortopedska i druga pomagala djeci do 18. godine života sukladno općem aktu Zavoda, kurativna zdravstvena zaštita odraslih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite, osim one za koju je opsegom prava za zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja drukcije određeno, te laboratorijska, radiološka i druga dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite.

Iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti je pokrivena i medicinski neophodna bolnička zdravstvena zaštita, osim troškova smještaja i prehrane za koje pacijenti plaćaju 25%, odnosno 30% cijene, zavisno o tome da li se radi o liječenju kroničnih ili akutnih bolesti.

Također, iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti se plaćaju i lijekovi s osnovne liste lijekova Zavoda.

U popis zdravstvenih usluga koje se u potpunosti plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja uključen je i sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo.

Prema ovom zakonskom prijedlogu iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurano je plaćanje 85% cijene za specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim fizikalne medicine i rehabilitacije, zatim specijalisticke dijagnostike koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite, ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda te liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda.

Isto tako 85% cijene Zavod plaća i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući bolesnika, specijalisticko-konzilijarnu stomatološku zdravstvenu zaštitu odraslih osoba u paradontologiji i specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu odraslih osoba u oralnoj kirurgiji.

Za troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih bolesti te za stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici za osobe iznad 65 godina starosti predviđeno je plaćanje Zavoda u visini 75% njihove cijene.

Predlaže se plaćanje Zavoda u visini 70% cijene za specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji te za troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje akutnih bolesti.

Za stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba predlaže se plaćanje 50% cijene na teret sredstava Zavoda.

Treba naglasiti da se osiguranim osobama Zavoda – dobrovoljnim davateljima krvi s preko 25 davanja (muškarci), odnosno s preko 15 davanja (žene) te osiguranim osobama Zavoda – darivateljima dijela tijela u svrhu liječenja osigurane osobe Zavoda, za slučajeve u kojima se plaća doplata, osigurava plaćanje zdravstvenih usluga na teret sredstava Zavoda u postotku za 5% većem u odnosu na ostale osigurane osobe.

Na teret sredstava Zavoda u cijelosti se osigurava i plaćanje lijekova s osnovne liste lijekova Zavoda.

Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti. Referentna cijena lijekova jest cijena koju Zavod plaća iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini najniže cijene koja garantira opskrbu osiguranih osoba Zavoda. Referentna cijena lijekova utvrđuje se putem javnog nadmetanja u postupku određenom posebnim propisima (Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima i podzakonski propisi doneseni na temelju toga Zakona o mjerilima za utvrđivanje cijena lijekova).

Dopunska lista lijekova Zavoda sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu Zavod osigurava pokrivenost troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova, a doplatu do pune cijene lijeka obvezna je snositi osigurana osoba Zavoda.

Pod farmaceutskim ekvivalentom prema Zakonu o lijekovima i medicinskim proizvodima („Narodne novine“, br. 121/03 i 177/04) smatraju se gotovi lijekovi koji sadrže istu djelatnu tvar (tvari) u istoj količini i u istom obliku i ako im je isti put primjene te odgovaraju istim ili usporedivim standardima.

Odredbom članka 17. zakonskog prijedloga određuje se uvjet prethodnog obveznog zdravstvenog osiguranja za ostvarivanje prava na ortopedska i druga pomagala i stomatološko-protetske nadomjestke u trajanju od najmanje 12 mjeseci neprekidno, odnosno 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine prije nastupa osiguranog slučaja.

Prema članku 18. zakonskog prijedloga, pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu podrazumijeva pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo, pravo na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inozemstvu u skladu s međunarodnim ugovorima te drugu zdravstvenu zaštitu u inozemstvu u skladu s općim aktom Zavoda.

Pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo osigurana osoba može ostvariti samo ako se radi o potrebi liječenja koje se ne provodi u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu.

Ovim zakonskim prijedlogom (clanak 20.) takoder se ureduje da se u okviru zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ne osigurava placanje troškova određenih zdravstvenih usluga kao npr. eksperimentalnog liječenja, određenih zahvata estetske rekonstruktivne kirurgije, liječenja dobrovoljno stecenog steriliteta, kirurškog liječenja pretilosti, liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korištenja zdravstvene zaštite izvan obveznog zdravstvenog osiguranja te specificne zdravstvene zaštite radnika koja se ostvaruje temeljem ugovora između poslodavca i zdravstvene ustanove koja u svom sastavu ima djelatnost medicine rada, odnosno sa specijalistom medicine rada u privatnoj praksi.

Isto tako iz obveznog zdravstvenog osiguranja ne placa se razlika za povećane troškove liječenja koji su posljedica osobne želje osigurane osobe zbog njenog vjerskog ili drugog uvjerenja, a koje predstavlja liječenje izvan utvrđenog standarda zdravstvene zaštite u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Takoder iz obveznog zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod ne osigurava se placanje zdravstvene zaštite zbog profesionalne bolesti i ozljede na radu, a način placanja tih troškova uredit će se posebnim zakonom.

Clankom 21. zakonskog prijedloga ureduje se da dio troškova zdravstvene zaštite do njihove pune cijene iz clanka 15. stavka 2. točke 2. do 5. ovoga Zakona (koja se ne placa u cijelosti iz obveznog zdravstvenog osiguranja) snosi osigurana osoba sama ili osiguravatelj (Zavod, društvo za osiguranje) s kojim je osigurana osoba sklopila ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju za navedenu doplatu.

Doplata je prihod ugovornih subjekata Zavoda.

Ovim se clankom takoder ureduje da sredstva za navedenu doplatu za određene kategorije osiguranika (nezaposlene osobe, učenici i studenti koji nisu zdravstveno osigurani kao članovi obitelji osiguranika, rocnici, pricuvnici ako nisu osigurani po drugoj osnovi, osigurane osobe kojima je priznat status hrvatskog ratnog vojnog invalida prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji kao i za osigurane osobe kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog invalida, mirnodopskog vojnog invalida i civilnog invalida rata prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, za osobe

nesposobne za samostalan život i rad koje nemaju sredstava za uzdržavanje te za poljoprivrednike iznad 65 godina života pod propisanim uvjetima) osigurava Republika Hrvatska.

Takoder se predlaže da se na teret sredstava Zavoda u cijelosti osigura plaćanje zdravstvene zaštite za liječenje osiguranih osoba koje nisu osigurane na dopunsko zdravstveno osiguranje i to djece do 18. godine života, osoba s invaliditetom i drugih osoba kojima se priznaje pomoć druge osobe u obavljanju većine ili svih životnih funkcija prema posebnim propisima, osoba koje imaju najmanje 80% tjelesnog oštećenja prema propisima o mirovinskom osiguranju, odnosno po posebnom zakonu kao i tjelesno hendikepiranih osoba, dobrovoljnih davatelja krvi s preko 35 davanja (muškarci), odnosno s preko 25 davanja (žene), a isto tako i osiguranih osoba čiji prihod po članu obitelji u pojedinoj kalendarskoj godini ne prelazi utvrđeni iznos (prihodovni cenzus).

Člankom 22. zakonskoga prijedloga uređeno je da se osigurane osobe oslobadaju plaćanja doplate ako im prihodovni cenzus ne prelazi iznos od 45,59% proračunske osnovice, a osiguraniku – umirovljeniku samcu 58,31% proračunske osnovice.

Način i postupak oslobađanja od plaćanja doplate prema prihodovnom cenzusu osigurane osobe uređen je odredbama 23. do 27. zakonskoga prijedloga.

Uz članak 28.

Ovim člankom uređuje se plaćanje administrativne pristojbe prilikom korištenja zdravstvene zaštite.

Osigurane osobe, bez obzira jesu li oslobodene plaćanja doplate, odnosno jesu li sukladno posebnome zakonu dopunski zdravstveno osigurane za plaćanje te doplate, obvezne su prilikom korištenja zdravstvene zaštite platiti administrativnu pristojbu utvrđenu odlukom koju na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo donosi Vlada Republike Hrvatske, s time da visina administrativne pristojbe ne može biti utvrđena u iznosu manjem od 0,15% od proračunske osnovice, odnosno u iznosu manjem od 5,00 kuna.

Treba naglasiti da maksimalan mjesečni iznos plaćenih administrativnih pristojbi po osiguranoj osobi ne smije prelaziti 30,00 kuna.

Nakon dosegnutog maksimalnog mjesečnog iznosa od 30,00 kuna osigurana osoba oslobođena se daljnjeg plaćanja administrativnih pristojbi za taj mjesec.

U namjeri posebne zaštite vulnerabilnih skupina stanovništva zakonskim prijedlogom predviđaju se izuzeci od plaćanja administrativnih pristojbi i to za djecu do 18. godina života i za invalide sa oštećenjem organizma od najmanje 80% prema posebnim propisima.

Administrativna pristojba ne plaća se za preventivne preglede utvrđene planom i programom mjera zdravstvene zaštite.

Uz članke 29. – 56.

Odredbama navedenih članaka određuju se novčane naknade na koje imaju pravo osiguranici u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja. To su naknade plaće za vrijeme bolovanja (u daljnjem tekstu: naknada plaće), novčane naknade zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi dohodi sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja te naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Odredbom članka 30. zakonskog prijedloga definira se bolovanje kao odsutnost s rada zbog bolesti ili ozljede, odnosno drugih okolnosti.

Člankom 31. ovoga zakonskog prijedloga određuju se slučajevi u kojima osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite.

Istovjetno rješenjima važećega Zakona o zdravstvenom osiguranju, člankom 32. zakonskoga prijedloga uređuje se da naknadu plaće u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava pravna ili fizička osoba za prvih 42 dana bolovanja kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koji ga je uputila pravna ili fizička osoba ili je sam zaposlen u inozemstvu te pravna osoba za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, odnosno pravna ili fizička osoba, za osiguranika - invalida rada za prvih 7 dana bolovanja.

Postupak ostvarivanja prava na naknadu plaće za vrijeme bolovanja uređuje se člancima 39. – 41. zakonskoga prijedloga.

Clankom 39. zakonskog prijedloga određuje se postupak utvrđivanja prava osiguranika na bolovanje koje utvrđuje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno u privatnoj praksi.

Izabrani doktor utvrđuje dužinu trajanja bolovanja ovisno o vrsti bolesti, a najdulje do roka utvrđenog propisom koji na prijedlog Hrvatske liječničke komore, odnosno Hrvatske stomatološke komore donosi ministar nadležan za zdravstvo. Nakon proteka tog roka pravo na bolovanje i duljinu trajanja bolovanja osiguranika utvrđuje liječničko povjerenstvo Zavoda.

Clankom 40. zakonskog prijedloga uređuje se postupak povodom prigovora osiguranika na ocjenu izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite o pravu na korištenje bolovanja.

Clanak 41. zakonskog prijedloga uređuje da osiguranik u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo na naknadu place sve dok izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno liječničko povjerenstvo Zavoda ne utvrdi da je sposoban za rad ili dok nije konačnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost osiguranika.

Ako bolovanje traje neprekidno 6 mjeseci zbog iste bolesti, izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite obavezan je obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti, te sa svom propisanom dokumentacijom uputiti osiguranika nadležnom tijelu mirovinskog osiguranja koji donosi ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti najkasnije u roku od 30 dana od dana primitka prijedloga izabranog doktora medicine.

Novo je rješenje u odnosu na važeći Zakon to da osiguranik ima pravo na naknadu place na teret sredstava Zavoda najdulje do navršenih 12 mjeseci neprekidnog bolovanja. Nakon proteka tog roka, osiguranik koji i dalje nije sposoban za rad prema ocjeni liječničkog povjerenstva ima pravo na novcanu naknadu sukladno općem aktu Zavoda..

Clankom 44. zakonskog prijedloga uređuju se slučajevi kada osiguranik nema pravo na naknadu place za vrijeme privremene nesposobnosti za rad.

Clanak 45. zakonskog prijedloga uređuje osnovicu za naknadu place.

Prema članku 46. zakonskog prijedloga naknada place ne može biti niža od 70% osnovice za naknadu s time da naknada place iznosi 100% od osnovice za naknadu za vrijeme bolovanja zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu, bolovanja zbog bolesti i komplikacija u svezi s trudnoćom i porođajem, korištenja obveznoga rođiljnog dopusta, njege oboljelog djeteta mladeg od tri godine života, bolovanja zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe, dok je osiguranik izoliran kao kliconoša ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini.

Clancima 48. do 52. zakonskog prijedloga, istovjetno rješenjima važećega Zakona, uređuju se pitanja novčane naknade zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi dohoci sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja.

Clancima 53. – 56. zakonskog prijedloga uređuju se pitanja naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova prijevoza ako je zdravstvenu zaštitu koristila u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse u mjestu koje je udaljeno više od 40 kilometara od mjesta njezina prebivališta, odnosno boravka jer potrebnu zdravstvenu zaštitu nije mogla ostvariti u bližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse s ugovorenom djelatnošću za tu vrstu zdravstvene zaštite.

Pravo na naknadu troškova prijevoza, neovisno o navedenoj udaljenosti ima osigurana osoba do 18. godine života, osigurana osoba upućena na liječenje u inozemstvo sukladno općem aktu Zavoda, osigurana osoba darivatelj organa, tkiva ili stanica te osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik.

Neovisno o udaljenosti, pravo na naknadu troškova prijevoza ostvaruje i osigurana osoba s prebivalištem, odnosno boravkom na otoku te na područjima određenim Zakonom o brdsko-planinskim područjima i Zakonom o područjima posebne državne skrbi.

Uz članke 57. – 71.

Navedenim clancima zakonskog prijedloga uređuje se financiranje obveznog zdravstvenog osiguranja.

Clankom 57. zakonskog prijedloga ureduju se prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja i to: doprinosi osiguranika, doprinosi poslodavaca, doprinosi drugih obveznika placanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom, prihodi iz državnog proračuna i proračuna jedinica područne (regionalne) samouprave, prihodi od doplata, prihodi od administrativnih pristojbi te prihodi od dividendi, kamata i drugi prihodi.

Prema clanku 58. zakonskog prijedloga izdaci obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaćaju izdatke za: zdravstvenu zaštitu, naknade plaća zbog bolovanja, novčane naknade zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi dohodi sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja, naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, provedbu obveznog zdravstvenog osiguranja, rad tijela upravljanja Zavodom te ostale izdatke.

Clanci 60. do 66. zakonskog prijedloga sadrže odredbe o doprinosima i obveznicima doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, a clankom 67. zakonskog prijedloga utvrduju se troškovi koji se financiraju iz državnog proračuna.

Uz članke 72. – 83.

Odredbama navedenih članaka uređuje se odnos Zavoda i zdravstvenih ustanova odnosno zdravstvenih radnika u privatnoj praksi.

Prema clanku 72. zakonskog prijedloga Zavod općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora, a sukladno utvrđenom opsegu prava na zdravstvenu zaštitu te s utvrđenim standardima i normativima zdravstvene zaštite, utvrđuje način provođenja zdravstvene zaštite i druge osnove za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima koji su uključeni u osnovnu mrežu zdravstvene djelatnosti.

Sukladno navedenom aktu, Zavod u pravilu svake treće godine objavljuje natjecaj za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u djelatnostima na primarnoj, specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Postupak sklapanja ugovora Zavoda i zdravstvenih ustanova, odnosno zdravstvenih radnika u privatnoj praksi ureden je odredbama clanka 73. do 77. zakonskog prijedloga.

Odredbom clanka 79. zakonskog prijedloga propisani su obvezni sastojci ugovora o provođenju zdravstvene zaštite za izabrane doktore primarne zdravstvene zaštite.

Taj ugovor obvezno sadrži odredbe o iznosu cijena zdravstvene zaštite za prava na zdravstvenu zaštitu sukladno broju opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda, cijeni zdravstvene zaštite koje se priznaju za izvršene preventivne preglede opredijeljenih osiguranih osoba te iznosu sredstava do kojeg izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite ima pravo izdavati uputnice za specijalisticko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu opredijeljenim osiguranim osobama.

Isto tako, taj ugovor mora sadržavati odredbe o iznosu sredstava za lijekove do kojeg izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite može propisivati lijekove na recept za opredijeljene osigurane osobe.

Treba naglasiti da se u slučaju nepoštivanja navedenih ugovorenih obveza ugovor o provođenju zdravstvene zaštite raskida.

Prema clanku 80. zakonskoga prijedloga ugovor o provođenju bolnicke zdravstvene zaštite obvezno sadrži najveći godišnji iznos sredstava za provođenje ugovorene bolnicke zdravstvene zaštite.

Za provođenje bolnicke zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog iznosa odgovoran je ravnatelj bolnicke zdravstvene ustanove, a voditelj ustrojstvene jedinice bolnicke zdravstvene ustanove odgovoran je za provođenje bolnicke zdravstvene zaštite u okviru iznosa određenog za poslovanje te ustrojstvene jedinice.

Clancima 81. – 83. zakonskoga prijedloga uređuje se nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza ugovorenih subjekata i Zavoda.

Posebno se uređuje obveza ugovornih subjekata u pogledu dostave redovitih izvješća o poslovanju Zavodu.

Uz članke 84. – 108.

Odredbama ovih članaka određuje se nadležnost i ustrojstvo Zavoda.

Za razliku od odredbi važećeg Zakona o ustrojstvu Zavoda, ovim su zakonskim prijedlogom uređena nova rješenja u pogledu tijela i upravljanja Zavodom.

Kao tijelo upravljanja Zavodom ovim se zakonskim prijedlogom određuje Skupština.

Skupštinu čine predstavnici jedinica područne (regionalne) samouprave koje biraju njihova predstavnička tijela tako da se u jedinici područne (regionalne) samouprave do 100.000 stanovnika bira jedan predstavnik, a u jedinicama područne (regionalne) samouprave s više od 100.000 stanovnika, na svakih započetih daljnjih 100.000 stanovnika još jedan predstavnik.

Skupština donosi statut Zavoda, financijski plan i završni račun Zavoda, imenuje Upravno vijeće, donosi mjere za uravnoteženje prihoda i rashoda kada je u poslovanju Zavoda u tromjesečnom razdoblju iskazan višak rashoda nad prihodima te obavlja i druge poslove određene ovim Zakonom i statutom Zavoda.

Na statut Zavoda suglasnost daje Vlada Republike Hrvatske.

Statutom Zavoda utvrđuje se naročito: ustrojstvo Zavoda, prava, obveze i odgovornosti tijela Zavoda, javnost rada Zavoda i njegovih tijela, način obavljanja administrativno-stručnih i drugih poslova, kao i druga pitanja od značenja za rad Zavoda.

Izvršno tijelo Skupštine jest Upravno vijeće koje je sastavljeno od devet članova i čine ga predstavnici osiguranih osoba Zavoda (1 predstavnik aktivnih osiguranika, 1 predstavnik umirovljenika), dva predstavnika davatelja zdravstvenih usluga - zdravstvena radnika, tri predstavnika Gospodarsko-socijalnog vijeća, predstavnik ministarstva nadležnog za zdravstvo i predstavnik radnika Zavoda.

Članove Upravnog vijeća na temelju javnog poziva imenuje Skupština Zavoda.

Upravno vijeće:

- donosi osnovnu i dopunsku listu lijekova,
- donosi odluke i opće akte koji nisu u nadležnosti Skupštine te

- obavlja i druge poslove određene Statutom Zavoda.

Djelokrug, ovlasti i odgovornost Upravnog vijeca utvrđuje se Statutom Zavoda.

Radom Zavoda rukovodi ravnatelj koji se imenuje se na temelju javnog natjecaja.

Ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Skupština uz suglasnost Vlade Republike Hrvatske.

Člankom 97. zakonskoga prijedloga posebno se uređuje odgovornost ravnatelja Zavoda za financijsko poslovanje Zavoda.

Ravnatelj Zavoda odgovoran je za uravnoteženost rashoda s prihodima Zavoda te je obvezan ministru nadležnom za zdravstvo i ministru nadležnom za financije dostavljati tromjesečno izvješće o financijskom poslovanju Zavoda.

Članci 106. – 108. zakonskoga prijedloga sadrže odredbe o nadzoru nad radom Zavoda.

Nadzor nad zakonitošću rada i općih akata Zavoda obavlja ministarstvo nadležno za zdravstvo.

Uređuje se da je ravnatelj Zavoda obvezan ministru nadležnom za zdravstvo podnijeti godišnje izvješće o poslovanju Zavoda najkasnije do 1. ožujka tekuće godine za prethodnu godinu, a mjesečno izvješće o izvršenju ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda do 15. u mjesecu za prethodni mjesec.

Isto tako određuje se za slučaj kada Vlada Republike Hrvatske utvrdi da su gubici Zavoda u provođenju obveznoga zdravstvenog osiguranja nastali zbog objektivnih okolnosti, da se sanacija gubitaka pokriva iz državnog proračuna.

Uz članke 109. – 117.

Navedenim člancima uređuje se postupak ostvarivanja prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Uz članke 118. - 131.

Odredbama navedenih članaka uređuje se postupak naknade štete koju je u svezi s ostvarivanjem prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja Zavod obvezan zahtijevati od osobe koja je štetu prouzročila.

Uz članke 132. – 136.

Navedenim člancima propisuju se prekršaji i novčane kazne za te prekršaje zbog povreda odredaba ovoga Zakona.

Uz članke 137. – 149.

Ovi članci sadrže prijelazne i završne odredbe.

Uz članak 150.

Ovim člankom određuje se dan stupanja na snagu ovoga Zakona.

IV. OCJENA POTREBNIH SREDSTAVA ZA PROVEDBU OVOGA ZAKONA

Usporedbom financijskih obveza Zavoda koja proizlaze iz članka 17. važećega Zakona o zdravstvenom osiguranju i njime utvrđenog standarda prava na zdravstvu zaštitu i članka 15. Konacnoga prijedloga zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, a koristeći se istim parametrima glede cijene zdravstvene zaštite, utvrđeno je da bi financijski učinak predloženog članka 15. Konacnoga prijedloga zakona za Zavod značio uštedu od 303.363.954,42 kune.

Navedena ušteda proizlazi iz novog načina formiranja Liste lijekova Zavoda, budući da se jedino u pogledu lijekova razlikuju sada važeći članak 17. Zakona i predloženi članak

15. Zakona. Što se tice drugih vidova zdravstvene zaštite zadržan je postojeći standard prava na zdravstvenu zaštitu, te u tom pogledu nema ni promjena u financijskim obvezama Zavoda.

Naime, prema sada važećem Zakonu formirana je jedna Lista lijekova prema kojoj osigurane osobe pravo na lijekove ostvaruju ili u cijelosti na teret sredstava Zavoda ili sudjeluju u određenom postotku u cijeni lijeka kako je to utvrđeno člankom 17. Zakona i samom Listom lijekova Zavoda.

Konacnim prijedlogom zakona predloženo je formiranje dviju listi lijekova, osnovne i dopunske (članak 16.).

Osnovna lista lijekova Zavoda sadržavala bi medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti čija cijena se utvrđuje na razini najniže cijene koja jamci opskrbu osiguranih osoba Zavoda i osigurane osobe ih ostvaruju u cijelosti na teret sredstava Zavoda (članak 15. stavak 2. točka 1.)

Dopunska lista lijekova sadržavala bi lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu Zavod osigurava pokrivenost troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova. Osim pune cijene lijeka dopunska lista lijekova sadrži i iznos doplate koju snosi osigurana osoba Zavoda.

Procijenjeno je da bi uvođenje ovih dviju listi lijekova Zavod na troškovima za zdravstvenu zaštitu uštedio 303.363.954,42 kune.

PROCJENA FINANCIJSKIH UCINAKA

Tip usluge	Troškovi po važećem cl. 17. ZZO za 2005. godinu (cijena + usluga iz 2005.g.)	Procjena troškova po cl.15. prijedloga ZZO (cijena + usluga iz 2005.g.)
PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA		
a) Opća medicina	787.454.648,79	787.454.648,79
b) Pedijatrija	84.336.373,70	84.336.373,70
c) Ginekologija	78.166.452,48	78.166.452,48
UKUPNO:	949.957.474,97	949.957.474,97
PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA		
Higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita	55.177.612,72	55.177.612,72
Preventivno-odgojne mjere zdravstvene zaštite	59.526.303,24	59.526.303,24
Cjepivo	60.000.000,00	60.000.000,00
UKUPNO:	174.703.915,96	174.703.915,96
ZZ TRUDNICA I RODILJA/žena u svezi sa savjetovanjem o planiranju obitelji, kontracepciji, trudnici i porodu		
KUCNE POSJETE		
UKUPNO PZZ		
STOMATOLOGIJA	697.644.500,64	697.644.500,64
Preventivna zubna zaštita djece do 18 godina		
Lijecenje djece do 18 godina		
Lijecenje djece od 18 godina i osoba 65 godina i starijih - hitne intervencije		
Dentalna patologija s parodontologijom	10.018.069,00	10.018.069,00
mobilna protetika		
Preventivna zubna zaštita trudnica		
Lijecenje trudnica		
SPECIJALISTICKO-KONZILIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	540.187.000,00	540.187.000,00
HITNA STANJA - HITNA MEDICINSKA POMOC	337.253.976,71	337.253.976,71
SANITETSKI PRIJEVOZ	142.275.028,82	142.275.028,82
BOLNICKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	6.607.688.573,00	6.607.688.573,00
Broj hospitalizacija do 18 godina - 768.151 dana - pansion		
Broj hospitalizacija iznad 18 godina - 5.545.627 dana - pansion		

Za neke definirane elektivne zahvate i procedure poput ugradnje proteza kuka, zamjena zglobova...	38.609.923,00	38.609.923,00
FIZIKALNA TERAPIJA I REHABILITACIJA, LIJECENJE U TOPLICAMA	162.000.000,00	162.000.000,00
LIJEKOVI I INZULIN	2.703.363.954,42	2.400.000.000,00
LIJECENJE U INOZEMSTVU	12.000.000,00	12.000.000,00
KUCNA NJEGA	126.856.386,92	126.856.386,92
POMAGALA I PROTEZA	524.046.467,45	524.046.467,45
DIJAGNOSTICKO TESTIRANJE		
Unutar PZZ	138.970.087,94	138.970.087,94
Izvan PZZ		
UKUPNO:		
MENTALNO ZDRAVLJE I PSIHIJATRIJSKO LIJECENJE	276.431.540,00	276.431.540,00
Broj hospitalizacija do 18 godina - 39.850 dana		
Broj hospitalizacija iznad 18 godina - 592.367 dana		
Prisilna hospitalizacija ili liječenje		
TROŠKOVI LIJECENJA OVISNOSTI	<i>prevenc. ovisnosti</i> 4.000.000,00	<i>prevenc. ovisnosti</i> 4.000.000,00
Opcenito		
Po odluci suda		
Akutna stanja (detoksikacija)		
POLIKLINICKI I KIRURŠKI ZAHVATI I DNEVNA KIRURGIJA		
KEMO I RADIOTERAPIJA		
TRANSPLANTACIJA ORGANA	21.341.395,77	21.341.395,77
LIJECENJE STERILITETA I NEPLODNOSTI		
Osnovna dijagnostika i liječenje		
Umjetna oplodnja, in vitro fertilizacija i sl.	19.550.000,00	19.550.000,00
TROŠKOVI PRIJEVOZA U SVEZI KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE		
SVEUKUPNO	12.894.947.366,83	12.591.583.412,41
RAZLIKA (ušteta)	303.363.954,42	

Napomena: iznosi iskazani u *italic* formatu ne zbrajaju se, jer su već uključeni u zbirno prikazanu stavku određene razine zdravstvene zaštite

V. RAZLIKE IZMEĐU RJEŠENJA KOJA SE PREDLAŽU U ODNOSU NA RJEŠENJA PRIJEDLOGA ZAKONA TE RAZLOZI ZBOG KOJIH SU TE RAZLIKE NASTALE

O prijedlogu Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju Hrvatski sabor je proveo raspravu na 21. sjednici, 28. lipnja 2006. godine.

Sukladno prijedlozima iznesenim u saborskoj raspravi izvršena je izmjena odredbe članka 16. stavka 3. zakonskoga prijedloga koja se odnosi na definiranje osnovne liste lijekova Zavoda.

Izmijenjene su odredbe članka 25. i 26. zakonskog prijedloga vezano uz definiranje prihodovnog cenzusa kao osnove za oslobađanje od plaćanja doplate.

Isto tako brisan je članak kojim se propisivalo kazneno djelo zbog neplaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje.

Prema primjedbama Odbora za zakonodavstvo dopunjen je članak 45. zakonskog prijedloga vezano uz valorizaciju naknade place za vrijeme bolovanja te su izmijenjene prijelazne i završne odredbe (članak 149.).

VI. PRIJEDLOZI I MIŠLJENJA DANI NA PRIJEDLOG ZAKONA KOJE PREDLAGATELJ NIJE PRIHVATIO S OBRAZLOŽENJEM

Nisu prihvacene primjedbe više zastupnika koje su se odnosile na uvođenje osnovne i dopunske liste lijekova i s tim u vezi mogućnost uključivanja na osnovnu listu lijekova onih lijekova koji su lošijeg učinka za pojedinu bolest. Kako se i predlaže ovim Zakonom, na osnovnu listu lijekova, uključili bi se medikoekonomski najsvrsishodniji lijekovi za liječenje svih bolesti, a to su lijekovi koji su dokazano medicinski prihvatljivi u smislu svoje djelotvornosti i neškodljivosti i istovremeno su na najprihvatljivijoj razini cijene u odnosu na druge lijekove podjednake svrsishodnosti.