

REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

**PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA

Zagreb, svibanj 2010.

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju sadržana je u članku 2. stavku 4. podstavku 1. Ustava Republike Hrvatske.

II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU PREDLOŽENIM ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Hrvatski sabor je u prosincu 2008. godine donio Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 150/08) koji je noveliran u srpnju 2009. godine („Narodne novine“, br. 94/09) te u prosincu 2009. godine („Narodne novine“, br. 153/09).

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

U cilju širenja tržišnih aktivnosti Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) kao mjere gospodarskog oporavka ovim se zakonskim prijedlogom uređuje da Zavod utvrđuje osnovicu i stopu te način obračuna i uplate posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu za osigurane osobe Zavoda koje po privatnom poslu borave u inozemstvu.

Isto tako zakonskim prijedlogom mijenja se opseg zdravstvenih usluga za koje se ne osigurava plaćanje troškova iz sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja. Uvodi se obveza osigurane osobe Zavoda da sama snosi troškove zdravstvene zaštite koju je koristila za estetske zahvate, osim za estetsku rekonstrukciju kongenitalnih anomalija, rekonstrukciju dojke nakon mastektomije i estetsku rekonstrukciju nakon teških ozljeđivanja. Također, osigurana osoba sama snosi troškove zdravstvene zaštite korištene po osobnoj želji izvan liste čekanja u okviru standarda zdravstvene zaštite koja se osigurava svim osiguranim osobama kao pravo iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

U kirurškom liječenju pretilosti osigurana osoba može ostvariti pravo na takve zahvate u slučaju patološke pretilosti kada je indeks tjelesne mase iznad 40, odnosno 35 sa pridruženim oboljenjima.

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

III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVEDBU PREDLOŽENOG ZAKONA

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

IV. PRIJEDLOG ZA DONOŠENJE ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU PO HITNOM POSTUPKU

U cilju osiguranja osnove za što bržom provedbom aktivnosti u ostvarenju Programa gospodarskog oporavka Republike Hrvatske ocjenjuje se da postoje osobito opravdani državni razlozi za donošenje ovoga Zakona po hitnom postupku u smislu odredbe članka 159. Poslovnika Hrvatskog sabora ("Narodne novine", br. 71/00, 129/00, 117/01, 6/02 – pročišćeni tekst, 41/02, 91/03 i 58/04).

**KONAČNI PRIJEDLOG ZAKONA
O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM
OSIGURANJU**

Članak 1.

U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 150/08, 94/09 i 153/09) u članku 22. podstavku 3. riječi: „zahvate estetske rekonstruktivne kirurgije“ zamjenjuju se riječima: „estetske zahvate“.

Iza podstavka 4. dodaje se novi podstavak 5. koji glasi:

„- zdravstvenu zaštitu korištenu mimoilazeći utvrđenu listu naručivanja u okviru standarda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema osobnoj želji osigurane osobe na osnovi njezine pisane izjave,“.

U dosadašnjem podstavku 5. koji postaje podstavak 6. iza riječi: „pretilosti“ dodaju se riječi: „osim u slučaju patološke pretilosti kada indeks tjelesne mase (BMI) prelazi 40, odnosno kada BMI prelazi 35, ali uz uvjet da osigurana osoba boluje i od drugih pridruženih bolesti,“.

Dosadašnji podstavci 6., 7. i 8. postaju podstavci 7., 8. i 9.

Članak 2.

U članku 37. riječi: „20 godina staža osiguranja“ zamjenjuju se riječima: „15 godina mirovinskog staža“.

Članak 3.

U članku 60. stavak 5. mijenja se i glasi:

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

Članak 4.

U članku 64. iza podstavka 2. dodaje se podstavak 3. koji glasi:

„- dodatno zdravstveno osiguranje sukladno posebnome zakonu.“

Članak 5.

U cijelom tekstu Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 150/08, 94/09 i 153/09) riječ: „stomatologija“ zamjenjuje se riječima: „dentalna medicina“, riječ: „stomatološki“ zamjenjuje se riječju: „dentalni“ u odgovarajućem broju i padežu, a riječi: „Hrvatska stomatološka komora“ riječima: „Hrvatska komora dentalne medicine“ u odgovarajućem padežu.

Članak 6.

Ovaj Zakon objavit će se u „Narodnim novinama“, a stupa na snagu 1. srpnja 2010. godine.

OBRAZLOŽENJE

Uz članak 1.

Ovim člankom uvodi se obveza osigurane osobe Zavoda da sama snosi troškove zdravstvene zaštite koju je koristila po osobnoj želji izvan liste čekanja u okviru standarda zdravstvene zaštite koja se osigurava svim osiguranim osobama kao pravo iz obveznog zdravstvenog osiguranja, te isto tako i sve estetske zahvate koji nisu obuhvaćeni kao zahvati koji se plaćaju iz sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja, a što je kao izuzetak utvrđeno u podstavku 3 članka 22. Zakona.

U kirurškom liječenju pretilosti osigurana osoba može ostvariti pravo na takve zahvate u slučaju patološke pretilosti kada je indeks tjelesne mase iznad 40, odnosno 35 sa pridruženim oboljenjima.

Uz članak 2.

Ovim člankom obavlja se usklađenje s Zakonom o radu („Narodne novine“, br. 149/09).

Naime, prema članku 104. stavku 1. točki 3. Zakona o radu ugovor o radu prestaje kada radnik navrš 65 godina života i 15 godina mirovinskog staža. Ako radnik ostane i nakon toga u radnom odnosu, na temelju dogovora s poslodavcem nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme bolovanja, već na teret sredstava poslodavca, odnosno na teret sredstava osiguranika obveznika uplate doprinosa.

Uz članak 3.

Ovim se člankom ovlašćuje Zavod da utvrđuje osnovicu i stopu te način obračuna i uplate posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu za osigurane osobe Zavoda koje po privatnom poslu borave u inozemstvu.

Uz članak 4.

Uz postojeće poslovne fondove Zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje i dopunsko zdravstveno osiguranje uvodi se i poslovni fond Zavoda za dodatno zdravstveno osiguranje koje Zavod provodi sukladno posebnom zakonu.

Uz članak 5.

Usklađivanje pojmova sukladno Zakonu o stomatološkoj djelatnosti („Narodne novine“, br. 121/03, 117/08 i 120/09).

Uz članak 6.

Određuje se dan stupanja na snagu Zakona.

ODREDBE VAŽEĆEGA ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU, ODNOSNO DOPUNJUJU

Članak 15.

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

1. primarnu zdravstvenu zaštitu,
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,
3. bolničku zdravstvenu zaštitu,
4. pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda,
5. pravo na stomatološko-protetsku pomoć 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. točke 1. do 6. ovoga članka osigurava se provedbom mjera zdravstvene zaštite.

Mjere zdravstvene zaštite iz stavka 2. ovoga članka 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. točke 1. do 5. ovoga članka na teret sredstava Zavoda mogu ostvariti u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: ugovorni subjekti Zavoda) na način i pod uvjetima koji su utvrđeni ovim Zakonom i općim aktima Zavoda.

Osigurane osobe zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. točke 6. ovoga članka na teret sredstava Zavoda ostvaruju kod pravnih ili fizičkih osoba koje imaju odobrenje za proizvodnju, odnosno promet na malo ortopedskim i drugim pomagalima u skladu s posebnim propisom, a s kojima je Zavod u skladu s uvjetima i na način utvrđen općim aktom Zavoda sklopio ugovor o isporuci ortopedskih i drugih pomagala osiguranim osobama (u daljnjem tekstu: ugovorni isporučitelji pomagala).

Članak 16.

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

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

1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djeci do navršene 18. godine života i djeci iz članka 10. stavka 5. i 6. ovoga Zakona,
2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
3. zdravstvenu zaštitu žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda, te zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinskom oplodnjom sukladno općem aktu Zavodu,
4. preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja,
5. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,

6. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti,
7. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti,
8. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu,
9. zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja,
10. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć,
11. kućne posjete i kućno liječenje,
12. patronažnu zdravstvenu skrb,
13. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo,
14. lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept,
15. zdravstvenu njegu u kući bolesnika
16. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite.

Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotka proračunske osnovice utvrđenih točkom 1. do 9. ovoga stavka za:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
3. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda – 1,50% proračunske osnovice,
4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulatnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,
5. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
7. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07 proračunske osnovice,
8. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih od 65 godina – 15,03 proračunske osnovice.

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

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

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

Članak 17.

Osnovna i dopunska lista lijekova Zavoda iz članka 15. 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 anatomskoterapijsko-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

pakiranja i jediničnog oblika lijeka, te pravila propisivanja lijekova koji se mogu primjenjivati u liječenju u okviru zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti. Referentna cijena lijekova (cijena koju Zavod plaća iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na razini najniže cijene koja jamči 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 pokriće 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 sudjelovanja u cijeni lijeka koju osigurava osigurana osoba Zavoda neposredno ili putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Osnovnu i dopunsku listu lijekova, uz prethodno pribavljeno 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 19.

Osigurane osobe imaju pravo na ortopedsku i druga pomagala te stomatološkoprotetsku 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 mlađe 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 pćem aktu Zavoda.

Članak 22.

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 njezinog 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, terapijske i dijagnostičke postupke kao i za lijekove 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 zdravstvenoga osiguranja,
- zdravstvenu zaštitu koju na temelju zakona i drugih propisa osiguravaju poslodavci ili jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave,
- zaštitu zdravlja na radu.

Članak 37.

Osiguranik koji je navršio 65 godina života i 20 godina staža osiguranja na temelju nesamostalnog ili samostalnog rada nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme bolovanja, već na teret sredstava poslodavca, odnosno na teret sredstava osiguranika obveznika uplate doprinosa.

Članak 60.

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

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

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

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

Osnovicu i stopu te način obračuna i uplate posebnog doprinosa iz stavka 4. ovoga članka, ako posebnim zakonom nije drukčije uređeno, utvrđuje Zavod.

Članak 64.

Zavod ima poslovne fondove za:

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

Članak 78.

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

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

– pregledom i provjerom financijske, medicinske i druge dokumentacije u zdravstvenoj ustanovi i kod privatnoga zdravstvenog radnika, odnosno ugovornog isporučitelja pomagala,

– pregledom i provjerom dostavljene dokumentacije u ustrojstvenim jedinicama Zavoda.

Postupkom nadzora iz stavka 1. ovoga članka 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 obveznoga zdravstvenog osiguranja na svojoj razini zdravstvene djelatnosti utvrđene opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 16. i 17. 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 članka 33. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 110.

Pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga 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.