

NACRT

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

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje ovoga zakona sadržana je u članku 2. stavku 4. podstavku 1. Ustava Republike Hrvatske („Narodne novine“, broj 85/10 - pročišćeni tekst i 5/14 - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske).

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

Hrvatski sabor je 21. lipnja 2013. godine donio novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 80/2013 - u daljnjem tekstu: Zakon), kojim je cjelovito uređeno pitanje obveznoga zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba obvezno osiguranih prema 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.

Zakon je stupio na snagu 1. srpnja 2013. godine, odnosno danom pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji.

Zakon je izmijenjen u mjesecu studenome 2013. godine te su njegove izmjene objavljene u Narodnim novinama, broj 137/13, a stupio je na snagu 16. studenoga 2014. godine. Navedenim izmjenama Zakona reguliran je status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osnovom redovitog školovanja, na način da se redovitim učenicima i studentima osigura obvezno zdravstveno osiguranje u trajanju od 8 godina po osnovi redovitog školovanja, a ne kao do tada najduže do navršene 26. godine života.

Ovaj zakonski prijedlog predstavlja jednu od ključnih reformskih mjera vezano uz izmjene u sustavu zdravstvenog osiguranja u cilju smanjenja fiskalnih rizika zdravstvenog sustava, a u skladu s Nacionalnim programom reformi za 2016. godinu.

Ovim zakonskim prijedlogom uređuje se pitanje donošenja mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koja će se osiguravati za osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) u odnosu na važeći Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 126/06 i 156/08) koji obuhvaća zdravstvenu zaštitu za širi krug osoba, odnosno sve stanovnike Republike Hrvatske i širi opseg zdravstvene zaštite u odnosu na zdravstvenu zaštitu koja se može kao pravo osigurati iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja i koja se osigurava samo za osigurane osobe Zavoda.

S obzirom da su u pitanju mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koje se osiguravaju iz sredstava Zavoda u skladu s utvrđenim standardom prava na zdravstvenu zaštitu i u okviru osiguranih sredstava iste mjere treba utvrđivati Upravno vijeće Zavoda uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.

Tako donesenim mjerama zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja omogućit će se preciznije planiranje potrebnih medicinskih usluga u okviru zdravstvenog standarda za osigurane osobe Zavoda iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te s tim u vezi i

potrebnog broja pružatelja zdravstvene zaštite. Time će se postići racionalizacija troškova te bolja raspodjela raspoloživih sredstava za zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i poboljšanje kvalitete usluga koja se u okviru prava na zdravstvenu zaštitu osiguravaju za osigurane osobe Zavoda uz smanjenje listi čekanja na zdravstvenu zaštitu jer će se na taj način uz iste troškove osigurati veći opseg i kvaliteta zdravstvene zaštite i njezina bolja dostupnost i pravodobnost zdravstvene zaštite osiguranim osobama kada im je ona potrebna.

Ovim zakonskim prijedlogom predlažu se mjere za uravnoteženje financijskog poslovanja obveznog zdravstvenog osiguranja povećanjem maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite sa 60,13% proračunske osnovice na 90,20% proračunske osnovice, čime će se, uz ostale reformske mjere, postići održivost zdravstvenog sustava.

Naime, u 2013. godini cijene zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja linearno su smanjene za gotovo 30%, a tijekom 2014. i 2015. godine višekratno su povećavane kako bi u cijeni zdravstvene zaštite bio uračunat realan trošak lijekova, materijala i rada, posebice u dijelu specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite što je rezultiralo povećanim rashodom sredstava na ime troškova najskuplje zdravstvene zaštite. Budući da propisani iznos sudjelovanja od 20% pune cijene zdravstvene zaštite nominalno daleko premašuje maksimalno propisani iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite od 60,13 proračunske osnovice, odnosno 2.000,00 kuna, zbog čega se propisani maksimalni iznos sudjelovanja pokazuje nerealan u odnosu na nastalu situaciju.

Također, kao jedna od mjera racionalizacije korištenja zdravstvene zaštite ovim zakonskim prijedlogom predlaže se obvezati osiguranu osobu na plaćanje naknade za pregled u hitnom bolničkom prijemu koji je obavljen na zahtjev osigurane osobe i to u slučaju kada se pregledom ne ustanovi indikacija za hitnu medicinsku pomoć u smislu Zakona, a koja podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje. Iznos naknade utvrđuje općim aktom Upravno vijeće Zavoda uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.

Ovim zakonskim prijedlogom predlaže se da osigurane osobe oboljele od akutne psihijatrijske bolesti zdravstvenu zaštitu u cijelosti ostvaruju iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja. Naime, prema važećem Zakonu obvezno zdravstveno osiguranje pokriva u cijelosti troškove liječenja kroničnih psihijatrijskih bolesti te se na ovaj način izjednačuju osigurane osobe oboljele od psihijatrijskih bolesti.

Također zakonskim prijedlogom predlaže se proširiti krug osiguranika kojima će se osigurati pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad tijekom koje je došlo do prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom bez primjene uvjeta od osam dana prethodno utvrđene privremene nesposobnosti. Naime, na osiguranike koji su u trenutku prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti imali utvrđenu privremenu nesposobnost za rad zbog nove priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti, odnosno osiguranike pomorce na međunarodnoj plovidbi ne bi se odnosio uvjet utvrđene privremene nesposobnosti za rad od najmanje osam dana prije prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnom radom za ostvarivanje prava na naknadu plaće jer bi ih taj uvjet mogao onemogućiti u ostvarivanju predmetnog prava.

Ujedno je ovim zakonskim prijedlogom izvršeno terminološko usklađenje Zakona sa novim Zakonom o mirovinskom osiguranju („Narodne novine“, broj 157/13, 33/15 i 93/15) te usklađenje sa Zakonom o životnom partnerstvu osoba istog spola („Narodne novine“, broj

92/14) u dijelu koji se odnosi na stjecanje, odnosno zadržavanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju kao člana obitelji osiguranika, Zakonom o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu („Narodne novine“, broj 64/2015) u dijelu koji se odnosi na stjecanje statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osobama kojima je priznat status žrtve seksualnog nasilja u Domovinskom ratu te Zakonom o jedinstvenom tijelu vještačenja („Narodne novine“, broj 85/14. i 95/15.) kojim je od 1. siječnja 2015. godine, umjesto tijela vještačenja mirovinskog osiguranja obveza vještačenja radne sposobnosti i invalidnosti iz članka 48. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju utvrđena za Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom.

III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVOĐENJE ZAKONA

Za provođenje ovoga Zakona nije potrebno osigurati dodatna financijska sredstva u Državnom proračunu Republike Hrvatske, sukladno Zakonu o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2016. godinu („Narodne novine“, broj 26/16) budući da će se obveze Zavoda koje iz istoga proizlaze osigurati u okviru redovnih planiranih i osiguranih sredstava Zavoda.

IV. PRIJEDLOG ZA DONOŠENJE ZAKONA PO HITNOM POSTUPKU

Zbog postizanja financijske stabilnosti sustava obveznog zdravstvenog osiguranja kao i poboljšanja položaja osiguranih osoba Zavoda u ostvarivanju prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja su im zagarantirana Zakonom predlaže se donošenje ovoga zakona po hitnom postupku, u smislu odredbe članka 204. Poslovnika Hrvatskoga sabora („Narodne novine“, broj 81/13).

Ovaj zakonski prijedlog predstavlja jednu od ključnih reformskih mjera vezano uz izmjene u sustavu zdravstvenog osiguranja u cilju smanjenja fiskalnih rizika zdravstvenog sustava, a u skladu s Nacionalnim programom reformi za 2016. godinu.

Krajnji cilj je financijska stabilizacija zdravstvenog sustava uz smanjenje rashoda te istovremeno osiguranje kvalitetne zdravstvene zaštite svim osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Slijedom navedenog, potrebno je da predloženi Zakon stupi na snagu prvoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“.

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

Članak 1.

U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, broj 80/2013 i 137/2013), u članku 7. stavku 1. točka 4. mijenja se i glasi:

„4. članovi uprave trgovačkih društava i izvršni direktori trgovačkih društava, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada i ako posebnim propisom nije drukčije određeno,“.

U točki 13. dodaje se podtočka f) koja glasi:

„f) 30 dana od dana prestanka statusa osiguranika iz točke 14. i 15. ovoga stavka,“.

Iza točke 17. dodaje se točka 17.a koja glasi:

„17.a životni partner i neformalni životni partner umrlog osiguranika koji nakon smrti životnog partnera nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako se Zavodu prijavio u roku od 30 dana od dana smrti životnog partnera, a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi.“.

Točka 18. mijenja se i glasi:

„18. osobe s prebivalištem te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je priznat status ratnog vojnog ili civilnog invalida rata, mirnodopskog vojnog invalida, žrtve seksualnog nasilja u Domovinskom ratu, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine sukladno posebnim propisima o pravima vojnih i civilnih invalida rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,“.

Članak 2.

U članku 10. stavku 1. iza točke 1. dodaje se točka 1.a koja glasi:

„1.a životni partner i neformalni životni partner sukladno zakonu kojim se uređuje životno partnerstvo osoba istog spola,“.

U točki 2. iza riječi: „pastorčad“ upisuje se zarez i dodaju riječi: „u partnerskoj skrbi“.

Članak 3.

U članku 11. iza stavka 2. dodaje se stavak 3. koji glasi:

„(3) Odredbe stavka 1. i 2. ovoga članka primjenjuju se pod istim uvjetima i na životnog partnera i neformalnog životnog partnera nakon raskida životnog partnerstva, sukladno zakonu kojim se uređuje životno partnerstvo osoba istog spola.“.

Članak 4.

U članku 18. stavak 2. mijenja se i glasi:

„(2) Pravo osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. točki 1. do 6. ovoga članka osigurava se provedbom mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koje utvrđuje, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, Upravno vijeće Zavoda, a na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravlje u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.“

Stavak 3. briše se.

Dosadašnji stavci 4. i 5. postaju stavci 3. i 4.

Članak 5.

U članku 19. stavku 2. točki 10. iza riječi: „liječenje“ dodaju se riječi: „akutnih i“.

Iza stavka 3. dodaju se novi stavci 4. i 5. koji glase:

„(4) Osigurane osobe obvezne su platiti naknadu za pregled u hitnom bolničkom prijemu obavljenom na zahtjev osigurane osobe ako pregledom nije ustanovljena indikacija za hitnu medicinsku pomoć u smislu ovoga Zakona.

(5) Iznos naknade iz stavka 4. ovoga članka utvrđuje općim aktom Upravno vijeće Zavoda uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.“

Dosadašnji stavci 4. do 6. postaju stavci 6. do 8.

U dosadašnjem stavku 5. koji postaje stavak 7. brojka: „60,13“ zamjenjuje se brojkom: „90,20“.

Članak 6.

U članku 23. stavku 3. brojka: „6“ zamjenjuje se brojkom: „8“.

Članak 7.

Članak 35. mijenja se i glasi:

„(1) Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 6., članka 20. stavka 5., članka 22. stavka 4. i članka 23. stavka 4. ovoga Zakona.

(2) Osigurana osoba troškove zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka plaća osobno prilikom korištenja zdravstvene zaštite, odnosno putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja, sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Sredstva ostvarena sudjelovanjem osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavka 3., članka 20. stavka 5., članka 22. stavka 4. i članka 23. stavka 4. ovoga Zakona prihod su ugovornih subjekata Zavoda, ugovornih isporučitelja pomagala,

odnosno zdravstvenih ustanova u drugim državama članicama, odnosno trećim državama u kojima su osigurane osobe koristile zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 26. ovoga Zakona, a sredstva iz članka 19. stavka 6. prihod su Zavoda.

(4) Sredstva ostvarena od naknade iz članka 19. stavka 4. ovoga Zakona prihod je bolničkih zdravstvenih ustanova.

(5) U troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 6., članka 22. stavka 4. i članka 23. stavka 4. ovoga Zakona nisu obvezna sudjelovati djeca do navršene 18. godine života i osigurane osobe iz članka 12. stavaka 2. i 3. te članka 15. ovoga Zakona.“.

Članak 8.

U članku 46. stavci 4. i 5. mijenjaju se i glase:

„(4) Izabrani doktor obvezan je utvrditi prestanak privremene nesposobnosti osiguraniku kod kojega je, nalazom i mišljenjem tijela nadležnog za provođenje vještačenja u svrhu ostvarivanja prava u području mirovinskog osiguranja (u daljnjem tekstu: nadležno tijelo vještačenja), zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem, utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, utvrđen djelomični gubitak radne sposobnosti ili potpuni gubitak radne sposobnosti, s danom zaprimanja obavijesti Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, a osiguranik pravo na naknadu plaće za vrijeme te privremene nesposobnosti ostvaruje u skladu s člankom 48. stavkom 1. ovoga Zakona.

(5) Izabrani doktor nakon što je utvrdio prestanak privremene nesposobnosti u skladu sa stavkom 4. ovoga članka može privremenu nesposobnost ponovno utvrditi samo osiguraniku kod kojeg je utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, odnosno kod kojeg je utvrđen djelomični gubitak radne sposobnosti i to u slučaju pogoršanja bolesti osnovom koje mu je isto utvrđeno ili pojavom bolesti osnovom druge dijagnoze bolesti.“.

Članak 9.

Članak 48. mijenja se i glasi:

„(1) Osiguranik za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 1. do 6. te točaka 9. i 10. ovoga Zakona ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna dok izabrani doktor ne utvrdi da je sposoban za rad ili dok kod osiguranika nisu nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja utvrđene trajne promjene u zdravstvenom stanju iz članka 46. stavka 4. ovoga Zakona koje se ne mogu otkloniti liječenjem.

(2) Kada je prema ocjeni izabranog doktora, a nakon provedenog liječenja i medicinske rehabilitacije zdravstveno stanje osiguranika takvo da se daljnjim liječenjem ne može poboljšati te je kod osiguranika nastupila trajna nesposobnost za rad na poslovima koje osiguranik obavlja, kao i u slučaju kada privremena nesposobnost osiguranika traje neprekidno 12 mjeseci zbog iste dijagnoze bolesti, izabrani doktor je obvezan obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti te ga sa svom propisanom dokumentacijom uputiti nadležnoj ustrojstvenoj jedinici Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, koje će zahtjev za ocjenu radne sposobnosti uputiti nadležnom tijelu vještačenja koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o radnoj sposobnosti, odnosno smanjenju ili gubitku radne sposobnosti osiguranika ili neposrednoj opasnosti od nastanka smanjene radne

spособnosti najkasnije u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora te o donesenom nalazu i mišljenju obavijestiti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku od 8 dana od dana njegovog donošenja.

(3) Kada nadležno tijelo vještačenja utvrdi da je kod osiguranika nastupilo smanjenje radne sposobnosti za više od polovice u odnosu na zdravog osiguranika iste ili slične razine obrazovanja, odnosno neposredna opasnost od nastanka smanjene radne sposobnosti, obvezno je u nalazu i mišljenju navesti poslove i radne zadatke koje osiguranik s obzirom na preostalu radnu sposobnost može obavljati, odnosno koje poslove i radne zadatke ne može obavljati.

(4) Ako nadležno tijelo vještačenja ne donese nalaz i mišljenje te ne izvijesti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku iz stavka 2. ovoga članka naknada plaće za tog osiguranika od prvoga idućeg dana, nakon isteka roka od 60 dana iz stavka 2. ovoga članka, tereti sredstva Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom.

(5) Obrada osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti tereti sredstva Zavoda samo u slučajevima kada je izabrani doktor uputio osiguranika na ocjenu radne sposobnosti u skladu sa stavkom 2. ovoga članka.“.

Članak 10.

Članak 49. mijenja se i glasi:

„(1) Za vrijeme ponovno utvrđene privremene nesposobnosti osiguranika kojem je nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, odnosno djelomični gubitak radne sposobnosti, neovisno o tome radi li se o privremenoj nesposobnosti koja je posljedica pogoršanja bolesti osnovom koje mu je isto utvrđeno ili pojavom bolesti zbog druge dijagnoze bolesti, a kojem poslodavac nije ponudio i s njim sklopio ugovor o radu u pisanom obliku za obavljanje poslova za koje je sposoban u skladu s propisima o radu, naknadu plaće osiguraniku isplaćuje poslodavac iz svojih sredstava.

(2) Naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti tereti sredstva poslodavca i u slučaju kada je osiguraniku utvrđena neposredna opasnost od nastanka smanjene radne sposobnosti, a poslodavac nije osiguraniku u skladu s propisima o radu ponudio i s njim sklopio ugovor o radu u pisanom obliku za obavljanje poslova za koje je sposoban, i to od dana utvrđene neposredne opasnosti od nastanka smanjene radne sposobnosti. Naknada plaće tereti sredstva poslodavca sve do dana sklapanja pisanog ugovora o radu za obavljanje poslova za koje je sposoban.

(3) Osiguranik koji ne prihvati ponudu poslodavca iz stavaka 1. i 2. ovoga članka i s poslodavcem ne sklopi ugovor o radu za obavljanje poslova za koje je sposoban nema pravo na naknadu plaće prema ovome Zakonu za vrijeme privremene nesposobnosti od dana zaprimanja ponude poslodavca.

(4) Osiguranik iz članka 7. stavka 1. točaka 6., 8. i 9. ovoga Zakona kod kojeg je nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, odnosno djelomični gubitak radne sposobnosti ili neposredna opasnost od nastanka smanjene radne sposobnosti nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja od dana utvrđene smanjene radne sposobnosti uz preostalu radnu sposobnost, odnosno utvrđenog djelomičnog gubitka radne sposobnosti.“.

Članak 11.

Članak 51. mijenja se i glasi:

„(1) Osiguraniku kojem je za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom naknada plaće pripada još najviše 30 dana računajući od dana prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom i to pod uvjetom da mu je izabrani doktor privremenu nesposobnost utvrdio najmanje 8 dana prije dana prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom te da je u vrijeme prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom imao pravo na naknadu plaće u skladu s odredbama ovoga Zakona.

(2) Iznimno, pod uvjetima iz stavka 1. ovoga članka, osiguraniku kojem je za vrijeme privremene nesposobnosti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu, odnosno posljedica priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom pripada pravo na naknadu plaće i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom sve dok ponovno ne bude radno sposoban, odnosno dok mu nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja ne budu utvrđene trajne promjene u zdravstvenom stanju iz članka 46. stavka 4. ovoga Zakona koje se ne mogu otkloniti liječenjem.

(3) Uvjet utvrđene privremene nesposobnosti od najmanje 8 dana prije prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom iz stavka 1. ovoga članka ne odnosi se na osiguranika kojem je privremena nesposobnost utvrđena unutar toga roka zbog priznate nove ozljede na radu, odnosno nove profesionalne bolesti te na osiguranika pomorca u međunarodnoj plovidbi kojem je privremena nesposobnost utvrđena od strane brodskog doktora ili osobe ovlaštene za pružanje zdravstvene zaštite na brodu.

(4) Za vrijeme privremene nesposobnosti za rad zbog bolesti i komplikacija u vezi s trudnoćom i porodom iz članka 39. točke 6. ovoga Zakona, odnosno korištenja prava na rodiljni dopust i prava na rad u polovici punoga radnog vremena iz članka 39. točke 7. ovoga Zakona te prava na dopust za slučaj smrti djeteta iz članka 39. točke 8. ovoga Zakona osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom do isteka korištenja istog prava.

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

Članak 12.

U članku 65. stavak 4. mijenja se i glasi:

„(4) Način ostvarivanja prava na naknadu za troškove prijevoza utvrđuje općim aktom Zavod.“.

Stavak 5. briše se.

Članak 13.

U članku 82. stavku 1. točki 2. podtočki a. iza brojke: „17.“ upisuje se zarez i dodaje brojka: „17.a“.

Članak 14.

U članku 98. stavku 1. točka 5. mijenja se i glasi:

„5. daje prijedlog ministru nadležnom za zdravlje za izradu plana i programa mjera zdravstvene zaštite sukladno zakonu kojim se uređuje zdravstvena zaštita,“.

Članak 15.

U članku 127. iza stavka 2. dodaje se novi stavak 3. koji glasi:

„(3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka u postupcima stručno-medicinskog vještačenja o pojedinim pravima osiguranih osoba iz obveznoga zdravstvenog osiguranja umjesto liječničkih povjerenstava mogu sudjelovati doktori vještaci pojedinci koji su u radnom odnosu u Zavodu, u skladu s općim aktom Zavoda iz stavka 4. ovoga članka.“.

Dosadašnji stavak 3. postaje stavak 4.

U stavku 3. koji postaje stavak 4. iza riječi: „povjerenstava“ dodaju se riječi: „i doktora vještaka pojedinca“.

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 16.

(1) Zavod će mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 4. ovoga Zakona i opći akt iz članka 12. ovoga Zakona donijeti u roku od 6 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(2) Zavod će opći akt iz članka 5. ovoga Zakona donijeti u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 17.

Od dana stupanja na snagu ovoga Zakona do dana stupanja na snagu općeg akta iz članka 12. ovoga Zakona, osigurane osobe Zavoda će pravo na naknadu za troškove prijevoza ostvarivati na osnovi tiskanice putnog naloga propisane Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 49/14, 51/14 – ispravak, 11/15 i 17/15), koju izdaje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite ili izabrani doktor dentalne medicine, odnosno ovlaštenu radnik Zavoda kada je osigurana osoba pozvana od strane Zavoda radi ostvarivanja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te na osnovi rješenja Zavoda o upućivanju na liječenje u druge države članice Europske unije i treće države, odnosno na osnovi potvrde zdravstvene ustanove o provedenim hemodijalizama.

Članak 18.

Danom stupanja na snagu općeg akta iz članka 4. ovoga Zakona prestaje važiti Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 126/2006 i 156/2008).

Članak 19.

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

OBRAZLOŽENJE

Uz članke 1. do 3.

Navedenim člancima usklađuju se odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju sa odredbama Zakona o mirovinskom osiguranju u dijelu koji se odnosi na uvjete za stjecanje statusa osiguranika za osobe članove uprave trgovačkog društva i izvršne direktore trgovačkog društva, sa odredbama Zakona o životnom partnerstvu osoba istog spola u dijelu koji se odnosi na stjecanje, odnosno zadržavanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju kao člana obitelji osiguranika, Zakona o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu u dijelu koji se odnosi na stjecanje statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Uz članak 4.

Navedenim člankom uređuje se donošenje mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 5.

Navedenim člankom propisuje se da osigurane osobe oboljele od akutne psihijatrijske bolesti zdravstvenu zaštitu u cijelosti ostvaruju na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja čime se izjednačuju u pravima sa osobama oboljelima od kroničnih psihijatrijskih bolesti. Također se istim člankom utvrđuje maksimalni iznos sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 90,20% proračunske osnovice.

Navedeni članak također propisuje obvezu osigurane osobe da plati naknadu za pregled u hitnom bolničkom prijemu koji je obavljen na zahtjev osigurane osobe i to u slučaju kada se pregledom ne ustanovi indikacija za hitnu medicinsku pomoć u smislu ovoga Zakona, a koja podrazumijevanje pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje.

Uz članke 6. i 7.

Nomotehnički se usklađuje tekst sa izmjenama i dopunama članka 19. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Pored nomotehničkog usklađenja člankom 7. ovoga Zakona dopunjuje se članak 35. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju novim stavkom 4. kojim se propisuje da su sredstva ostvarena od naknade koji plaća osigurana osoba za pregled u hitnom bolničkom prijemu prihod bolničke zdravstvene ustanove.

Uz članak 8.

U ovom članku izvršeno je samo terminološko usklađenje Zakona s odredbama novoga Zakona o mirovinskom osiguranju te usklađenje sa Zakonom o jedinstvenom tijelu vještačenja („Narodne novine“, broj 85/14. i 95/15.) kojim je obveza vještačenja radne sposobnosti i invalidnosti iz članka 48. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju utvrđena za Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom.

Uz članke 9. do 11.

Navedenim člancima terminološki se usklađuju odredbe članaka 48., 49. i 51. Zakona sa odredbama novoga Zakona o mirovinskom osiguranju. Uz navedeno odredbama članka 11. ovoga zakonskog prijedloga, kojim je izmijenjen članak 51. Zakona, a koji propisuje uvjete za ostvarivanje prava na naknadu plaće zbog privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom propisana je iznimka za osiguranike koji su u trenutku prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti imali utvrđenu privremenu nesposobnost za rada zbog nove priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti, odnosno za pomorce na međunarodnoj plovidbi. Na navedene osiguranike ne odnosi se uvjet utvrđene privremene nesposobnosti za rad od najmanje osam dana prije prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnom radom.

Uz članak 12.

Ovim člankom uređuje se da način ostvarivanja prava na naknadu za troškove prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuje općim aktom Upravno vijeće Zavoda, a radi smanjenja administriranja od strane pružatelja zdravstvene zaštite.

Uz članak 13.

Ovim člankom usklađuju se odredbe članka 82. Zakona sa odredbama članka 1. ovoga Zakona.

Uz članak 14.

Ovim člankom usklađuje se odredba članka 98. stavka 1. točke 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju sa člankom 18. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Uz članak 15.

Propisuje se mogućnost da u postupcima stručno-medicinskog vještačenja o pojedinim pravima osiguranih osoba umjesto liječničkih povjerenstava mogu sudjelovati doktori vještaci pojedinci - radnici Zavoda. U kojim postupcima će sudjelovati doktor vještak pojedinac utvrdit će Zavod općim aktom.

Uz članke 16. do 18.

Ovi članci sadrže prijelazne odredbe kojima se određuje rok za donošenje općih akata Zavoda te prestanak važenja Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 126/06 i 156/08), kao i način ostvarivanja prava na naknadu za troškove prijevoza u vezi korištenja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe od dana stupanja na snagu ovoga Zakona do donošenja općeg akta kojim će se urediti način ostvarivanja prava na naknadu za troškove prijevoza. Naknada za troškove prijevoza ostvarivat će se temeljem tiskanica putnih naloga izdanih od strane izabranih doktora primarne zdravstvene zaštite koji su propisani Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja

prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 49/14, 51/14, 11/15 i 17/15).

Uz članak 19.

Ovim člankom određuje se dan stupanja na snagu ovoga Zakona prvoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“ iz razloga što zakonski prijedlog predstavlja jednu od ključnih reformskih mjera vezano uz izmjene u sustavu zdravstvenog osiguranja u cilju smanjenja fiskalnih rizika zdravstvenog sustava, a u skladu s Nacionalnim programom reformi za 2016. godinu.

ODREDBE VAŽEĆEG ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU, ODNOSNO DOPUNJUJU

Članak 7.

(1) Na obvezno zdravstveno osiguranje prema ovom Zakonu obvezno se osiguravaju i stječu status osiguranika:

1. osobe u radnom odnosu kod pravne ili fizičke osobe sa sjedištem u Republici Hrvatskoj,

2. osobe koje su izabrane ili imenovane na stalne dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave, ako za taj rad primaju plaću,

3. osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj zaposlene u drugoj državi članici ili trećoj državi koje nemaju zdravstveno osiguranje nositelja zdravstvenog osiguranja države članice ili treće države, odnosno koje nisu obvezno zdravstveno osigurane prema propisima države rada na način kako je to određeno propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom,

4. članovi uprave trgovačkih društava i izvršni direktori trgovačkih društava, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada kod druge pravne ili fizičke osobe u Republici Hrvatskoj ili drugoj državi članici,

5. osobe koje se stručno osposobljavaju za rad bez zasnivanja radnog odnosa, odnosno koje se stručno osposobljavaju za rad uz mogućnost korištenja mjera aktivne politike zapošljavanja, sukladno posebnim propisima,

6. osobe koje na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačenih 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 i ako nisu osigurane po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,

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 ako nisu osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,

8. osobe koje obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje, a upisani su u upisnik obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva u svojstvu nositelja ili člana obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva, ako nisu zdravstveno osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu ili se nalaze na redovitom školovanju,

9. 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,

10. korisnici prava na mirovinu prema propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,

11. korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju po propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,

12. korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,

13. osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su se prijavile Zavodu u roku od:

a) 30 dana od dana prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti ili od dana prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema ovom Zakonu ili prema propisima donesenim na temelju ovoga Zakona,

b) 30 dana od dana prijevremenog prestanka služenja vojnog roka, odnosno dragovoljnog služenja vojnog roka, odnosno od dana isteka propisanog roka za služenje vojnog roka, odnosno dragovoljnog služenja vojnog roka,

c) 30 dana od dana 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) 30 dana od dana navršenih 18 godina života, ako nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi,

e) 90 dana od dana isteka školske godine u kojoj su završile redovito školovanje prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj ili drugoj državi članici, odnosno u roku od 30 dana od dana položenog završnog ispita,

14. redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta iznad 18 godina života koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište ili boravište u Republici Hrvatskoj, odnosno državljani Republike Hrvatske s prebivalištem u drugoj državi članici koji u Republici Hrvatskoj imaju odobren privremeni boravak, pod uvjetom da nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, s tim da to pravo mogu koristiti najduže do isteka školske godine, odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje, a najduže u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi

15. redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta u drugim državama članicama iznad 18 godina života, koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, s tim da to pravo mogu koristiti najduže do isteka školske godine, odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje prema propisima države školovanja, a najduže u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi

16. osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj iznad 18 godina života, koje su prema propisima o školovanju u Republici Hrvatskoj ili u drugoj državi članici izgubile status redovitog učenika, odnosno redovitog studenta ako su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana gubitka statusa redovitog učenika ili redovitog studenta i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

17. supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako se Zavodu prijavio u roku od 30 dana od dana smrti supružnika, a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi,

18. 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,

19. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

20. osobe koje pružaju njegu i pomoć hrvatskom ratnom vojnom invalidu Domovinskog rata prema propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,

21. osobe na odsluženju vojnog roka, odnosno dragovoljnom odsluženju vojnog roka (ročnici), kadeti te pričuvnici za vrijeme obavljanja službe u Oružanim snagama Republike Hrvatske, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,

22. osobe koje su prekinule rad zbog toga što ih je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje, dok traje obrazovanje, odnosno stručno usavršavanje,

23. osobe koje je pravna ili fizička osoba prije stupanja u radni odnos uputila kao svoje stipendiste na praktičan rad u drugu pravnu osobu ili kod druge fizičke osobe radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja, dok traje praktični rad,

24. osobe upućene u drugu državu članicu ili treću državu u sklopu međunarodne tehničko-prosvjetne i kulturne suradnje, dok se tamo nalaze po toj osnovi,

25. osobe kojima je priznato pravo na status roditelja njegovatelja prema posebnom zakonu,

26. članovi obitelji smrtno stradalog, zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja za vrijeme primanja novčane naknade u skladu s propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,

27. članovi obitelji smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja koji imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj, ako su se Zavodu prijavili u roku od 30 dana od dana prestanka primanja novčane naknade u skladu s propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

28. osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda i nalaze se u ustrojstvenim jedinicama Ministarstva pravosuđa, prema prijavi Ministarstva pravosuđa.

(2) Pod radnim odnosom sukladno stavku 1. točki 1. ovoga članka podrazumijeva se odnos poslodavca i radnika prema propisima o radu i drugim propisima koji uređuju pitanja zapošljavanja.

(3) Djelatnosti osoba iz stavka 1. točke 6. ovoga članka su: registrirana djelatnost obrta, poljoprivrede i šumarstva, slobodnog zanimanja (profesionalna djelatnost) i ostale samostalne djelatnosti za čije je obavljanje odobrenje izdalo nadležno tijelo za samostalno obavljanje djelatnosti fizičke osobe, upisane u odgovarajući 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 čije obavljanje nije propisano izdavanje odobrenja ili obveza registracije te djelatnosti.

(4) Osiguranci iz stavka 1. točaka 1. do 6., 8., 9., 20. i 25. ovoga članka obvezno se osiguravaju i za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti.

(5) Za osobe iz stavka 1. točaka 13., 16., 17. i 19. ovoga članka i osobe iz članka 11. stavka 1. točke 3. ovoga Zakona Zavod i Hrvatski zavod za zapošljavanje međusobno će razmjenjivati podatke o nezaposlenim osobama koje se vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje.

(6) Za osobe iz stavka 5. ovoga članka koje se ne vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje kao nezaposlene osobe status osiguranika utvrđivat će se prijavom Zavodu.

(7) Uvjete i način stjecanja statusa osiguranika sukladno stavku 1. ovoga članka Zavod će pobliže utvrditi općim aktom.

Članak 10.

(1) Prema ovom Zakonu, status osigurane osobe – člana obitelji osiguranika, kao nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, mogu steći:

1. supružnik (bračni i izvanbračni, sukladno propisima o obiteljskim odnosima),
2. djeca (rođena u braku, izvan braka ili posvojena, pastorčad) te druga djeca bez roditelja, ako ih osiguranik uzdržava, na zahtjev osiguranika,
3. roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i posvojitelj), ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava,
4. unuci, braća, sestre, djed i baka, ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava.

(2) Članovi obitelji osiguranika iz stavka 1. ovoga članka stječu status osigurane osobe u skladu sa stavkom 1. ovoga članka pod uvjetom da status u obveznom zdravstvenom osiguranju ne mogu ostvariti po nekoj od osnova osiguranja iz članka 7. ovoga Zakona te da imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.

(3) Zavod će općim aktom utvrditi uvjete pod kojima se smatra da je osoba iz stavka 1. ovoga članka nesposobna za samostalan život i rad i da nema vlastitih sredstava za uzdržavanje te da je osiguranik uzdržava.

Članak 11.

(1) 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 čuvanje i odgoj, pod uvjetom da se prijavi Zavodu u roku od 30 dana od dana pravomoćnosti sudske odluke, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi.

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

Članak 18.

(1) Pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 17. točke 1. ovoga Zakona 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 lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda,
5. dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda,
6. ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda,
7. zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.

(2) Pravo osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. točaka 1. do 6. ovoga članka osigurava se provedbom mjera zdravstvene zaštite.

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

(4) Osigurane osobe zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. točaka 1. do 5. ovoga članka mogu, na teret sredstava Zavoda, 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.

(5) 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 pomagalicama u skladu s posebnim propisom te u ljekarnama 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 19.

(1) Pravo na zdravstvenu zaštitu iz članka 18. ovoga Zakona osigurava se pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe.

(2) Osiguranim osobama u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 18. ovoga Zakona Zavod osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za:

1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djece do navršene 18. godine života, osiguranih osoba iz članka 12. stavaka 2. i 3. te članka 15. ovoga Zakona,
2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
3. preventivnu zdravstvenu zaštitu žena,
4. zdravstvenu zaštitu žena u vezi s praćenjem trudnoće i poroda,
5. zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinski potpomognutom oplodnjom, sukladno posebnom zakonu,
6. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina života,
7. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom iz registra osoba s invaliditetom utvrđenog posebnim propisom,
8. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu u vezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja,
9. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,
10. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti,
11. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti,
12. cjelokupno liječenje koje je posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti,
13. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu,
14. zdravstvenu zaštitu u vezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja,
15. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć u djelatnosti hitne medicine koja uključuje hitni prijevoz (kopnenim, vodenim i zračnim putem), sukladno pravilniku ministra nadležnog za zdravlje,
16. kućne posjete i kućno liječenje,

17. patronažnu zdravstvenu zaštitu,
18. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika, sukladno pravilniku ministra nadležnog za zdravlje,
19. lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept,
20. zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe,
21. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite,
22. palijativnu zdravstvenu zaštitu.

(3) 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 postotaka proračunske osnovice utvrđenih točkama 1. do 8. ovoga stavka za:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala – 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 drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, ovom Zakonu i općem aktu Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno,

6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti – 30,07% proračunske osnovice,
8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina – 15,03% proračunske osnovice.

- 4) Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u visini od 0,30% proračunske osnovice za:
1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, sukladno općem aktu Zavoda,
 2. izdavanje lijeka po receptu.

(5) Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavaka 3. i 4. ovoga članka koji je obvezna snositi osigurana osoba može po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 60,13% proračunske osnovice.

(6) Popis vrsta i broja terapijskih i dijagnostičkih postupaka koji se osiguravaju osiguranim osobama u okviru zdravstvene zaštite iz stavaka 2., 3. i 4. ovoga članka utvrđuje općim aktom Zavod iz članka 33. ovoga Zakona.

Članak 23.

(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ima pravo na dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda.

(2) Osnovna i dodatna lista dentalnih pomagala Zavoda sadrži dentalna pomagala koja su namijenjena omogućavanju dentalno-protetske, kirurško-protetske, ortodontske i parodontološke rehabilitacije.

(3) Način uvrštenja dentalnih pomagala na osnovnu i dodatnu listu dentalnih pomagala Zavoda te način utvrđivanja cijena dentalnih pomagala utvrđuje Zavod općim aktom u skladu s člankom 19. stavkom 6., člankom 33. i člankom 88. ovoga Zakona.

(4) Dodatna lista dentalnih pomagala sadrži dentalna pomagala s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste dentalnih pomagala pri čemu Zavod na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog dentalnog pomagala s osnovne liste dentalnih pomagala, umanjene za iznos sudjelovanja u cijeni dentalnih pomagala s osnovne liste dentalnih pomagala koju osigurava osigurana osoba neposredno ili putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(5) Za razliku u cijeni dentalnog pomagala s dodatne liste dentalnih pomagala u odnosu na cijenu ekvivalentnog dentalnog pomagala s osnovne liste dentalnih pomagala osigurana osoba se može dodatno zdravstveno osigurati sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Članak 35.

(1) Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 4., članka 20. stavka 5., članka 22. stavka 4. i članka 23. stavka 4. ovoga Zakona.

(2) Osigurana osoba troškove zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka plaća osobno prilikom korištenja zdravstvene zaštite, odnosno putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja, sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Sredstva ostvarena sudjelovanjem osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavka 3., članka 20. stavka 5., članka 22. stavka 4. i članka 23. stavka 4. ovoga Zakona prihod su ugovornih subjekata Zavoda, ugovornih isporučitelja pomagala, odnosno zdravstvenih ustanova u drugim državama članicama, odnosno trećim državama u kojima su osigurane osobe koristile zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 26. ovoga Zakona, a sredstva iz članka 19. stavka 4. prihod su Zavoda.

(4) U troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 4., članka 22. stavka 4. i članka 23. stavka 4. ovoga Zakona nisu obvezna sudjelovati djeca do navršene 18. godine života i osigurane osobe iz članka 12. stavaka 2. i 3. te članka 15. ovoga Zakona.

Članak 46.

(1) Početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti utvrđuje izabrani doktor.

(2) Izabrani doktor utvrđuje dužinu trajanja privremene nesposobnosti osiguranika ovisno o vrsti bolesti koja utječe na privremenu nesposobnost osiguranika u skladu sa medicinskom indikacijom i smjernicama koje pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravlje, po prethodno pribavljenom mišljenju stručnih društava Hrvatskog liječničkog zbora, odnosno ovisno o drugim razlozima privremene spriječenosti za rad utvrđene odredbom članka 39. ovoga Zakona.

(3) Kada izabrani doktor utvrdi da se zdravstveno stanje osiguranika, čija privremena nesposobnost traje neprekidno najmanje šest mjeseci, poboljšalo i da bi rad u polovici punog radnog vremena bio koristan za brže uspostavljanje pune radne sposobnosti osiguranika, izabrani doktor može odrediti da osiguranik određeno vrijeme radi polovicu punog radnog vremena, ali ne duže od 60 dana.

(4) Izabrani doktor obvezan je utvrditi prestanak privremene nesposobnosti osiguraniku, kod kojega je nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja utvrđena

invalidnost zbog opće nesposobnosti za rad ili profesionalne nesposobnosti za rad, s danom zaprimanja obavijesti nadležnog tijela mirovinskog osiguranja iz članka 48. stavka 2. ovoga Zakona, a osiguranik pravo na naknadu plaće za vrijeme te privremene nesposobnosti ostvaruje u skladu s člankom 48. stavkom 1. ovoga Zakona.

(5) Izabrani doktor nakon što je utvrdio prestanak privremene nesposobnosti u skladu sa stavkom 4. ovoga članka može privremenu nesposobnost ponovno utvrditi samo osiguraniku kod kojeg je utvrđena invalidnost zbog profesionalne nesposobnosti za rad i to u slučaju pogoršanja bolesti osnovom koje mu je utvrđena invalidnost ili pojavom bolesti osnovom druge dijagnoze bolesti.

(6) Nadzor nad korištenjem privremene nesposobnosti osiguranika, odnosno utvrđivanja postojanja medicinskih indikacija ili drugih razloga za privremenu nesposobnost, sukladno odredbama ovoga Zakona i propisa donesenih na temelju ovoga Zakona, obavlja Zavod.

(7) Nadzor nad korištenjem privremene nesposobnosti obuhvaća kontrolu u ordinaciji izabranog doktora te neposrednu kontrolu osiguranika u ili izvan ordinacije izabranog doktora, uključujući i kućni posjet.

(8) Poslodavac osiguranika može zahtijevati od Zavoda kontrolu opravdanosti privremene nesposobnosti za sve vrijeme trajanja privremene nesposobnosti osiguranika.

(9) Pravilnik o kontroli privremene nesposobnosti za rad osiguranika donosi ministar nadležan za zdravlje.

Članak 48.

(1) Osiguranik za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 1. do 6. te točaka 9. i 10. ovoga Zakona ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna dok izabrani doktor ne utvrdi da je sposoban za rad ili dok nije nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja kod osiguranika utvrđena invalidnost zbog opće nesposobnosti za rad ili profesionalne nesposobnosti za rad.

(2) Kada je prema ocjeni izabranog doktora, a nakon provedenog liječenja i medicinske rehabilitacije zdravstveno stanje osiguranika takvo da se daljnjim liječenjem ne može poboljšati te je kod osiguranika nastupila trajna nesposobnost za rad na poslovima koje osiguranik obavlja, kao i u slučaju kada privremena nesposobnost osiguranika traje neprekidno 12 mjeseci zbog iste dijagnoze bolesti, izabrani doktor je obvezan obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti te ga sa svom propisanom dokumentacijom uputiti nadležnom tijelu vještačenja mirovinskog osiguranja koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o radnoj sposobnosti i invalidnosti osiguranika najkasnije u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora i o istome obavijestiti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja.

(3) Kada nadležno tijelo vještačenja mirovinskog osiguranja utvrdi da je kod osiguranika nastupila profesionalna nesposobnost za rad, odnosno neposredna opasnost od nastanka invalidnosti, obvezno je u nalazu i mišljenju navesti poslove i radne zadatke koje osiguranik s obzirom na preostalu radnu sposobnost može obavljati, odnosno koje poslove i radne zadatke ne može obavljati.

(4) Ako nadležno tijelo vještačenja mirovinskog osiguranja ne donese nalaz i mišljenje te ne izvijesti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku iz stavka 2. ovoga

članka naknada plaće za tog osiguranika od prvoga idućeg dana, nakon isteka roka od 60 dana iz stavka 2. ovoga članka, tereti sredstva Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje.

(5) Obrada osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti tereti sredstva Zavoda samo u slučajevima kada je izabrani doktor uputio osiguranika na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti u skladu sa stavkom 2. ovoga članka.

Članak 49.

(1) Za vrijeme ponovno utvrđene privremene nesposobnosti osiguranika kojem je nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost zbog profesionalne nesposobnosti za rad, neovisno o tome radi li se o privremenoj nesposobnosti koja je posljedica pogoršanja bolesti osnovom koje mu je utvrđena invalidnost ili pojavom bolesti zbog druge dijagnoze bolesti, a kojem poslodavac nije ponudio i s njim sklopio ugovor o radu u pisanom obliku za obavljanje poslova za koje je sposoban u skladu s propisima o radu, naknadu plaće osiguraniku isplaćuje poslodavac iz svojih sredstava.

(2) Naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti tereti sredstva poslodavca i u slučaju kada je osiguraniku utvrđena neposredna opasnost od nastanka invalidnosti, a poslodavac nije osiguraniku u skladu s propisima o radu ponudio i s njim sklopio ugovor o radu u pisanom obliku za obavljanje poslova za koje je sposoban, i to od dana utvrđene neposredne opasnosti od nastanka invalidnosti. Naknada plaće tereti sredstva poslodavca sve do dana sklapanja pisanog ugovora o radu za obavljanje poslova za koje je sposoban.

(3) Osiguranik koji ne prihvati ponudu poslodavca iz stavaka 1. i 2. ovoga članka i s poslodavcem ne sklopi ugovor o radu za obavljanje poslova za koje je sposoban nema pravo na naknadu plaće prema ovome Zakonu za vrijeme privremene nesposobnosti od dana zaprimanja ponude poslodavca.

(4) Osiguranik iz članka 7. stavka 1. točaka 6., 8. i 9. ovoga Zakona kod kojeg je nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost zbog profesionalne nesposobnosti za rad, odnosno neposredna opasnost od nastanka invalidnosti nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja od dana utvrđene invalidnosti, odnosno utvrđene neposredne opasnosti od nastanka invalidnosti.

Članak 51.

(1) Osiguraniku kojem je za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom naknada plaće pripada još najviše 30 dana računajući od dana prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom i to pod uvjetom da mu je izabrani doktor privremenu nesposobnost utvrdio najmanje osam dana prije dana prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom te da je u vrijeme prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom imao pravo na naknadu plaće u skladu s odredbama ovoga Zakona.

(2) Iznimno, pod uvjetima iz stavka 1. ovoga članka, osiguraniku kojem je za vrijeme privremene nesposobnosti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu, odnosno posljedica priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom pripada pravo na naknada plaće i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom sve dok ponovno ne bude radno sposoban, odnosno dok mu nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja ne bude utvrđena invalidnost u skladu s člankom 48. ovoga Zakona.

(3) Za vrijeme privremene nesposobnosti za rad zbog bolesti i komplikacija u vezi s trudnoćom i porodom iz članka 39. točke 6. ovoga Zakona, korištenja prava na rodiljni dopust

i prava na rad u polovici punoga radnog vremena iz članka 39. točke 7. ovoga Zakona te prava na dopust za slučaj smrti djeteta iz članka 39. točke 8. ovoga Zakona osiguraniku koji koristi jedno od navedenih prava pripada pravo na naknadu plaće i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom do isteka korištenja istog prava.

(4) Osiguraniku koji je tijekom korištenja prava iz stavaka 1., 2. i 3. ovoga članka zasnovao radni odnos s punim ili nepunim radnim vremenom ili je počeo obavljati djelatnost osobnim radom prestaje pravo na naknadu plaće ostvarene sukladno ovom članku.

Članak 65.

(1) Pod naknadom za troškove prijevoza iz članka 62. ovoga Zakona podrazumijeva se naknada za troškove prijevoza javnim prijevoznim sredstvima po najnižoj cijeni i prema najkraćoj relaciji prema službenom daljinomjeru javnog prijevoznika.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka, osiguranoj osobi se zbog njezina zdravstvenog stanja, prema prethodnom odobrenju liječničkog povjerenstva Zavoda, a na prijedlog izabranog doktora može odobriti korištenje skupljeg javnog prijevoznog sredstva (spavaća kola u vlaku, zrakoplov).

(3) Osigurana osoba kojoj je u skladu sa stavkom 2. ovoga članka ili rješenjem Zavoda o upućivanju na liječenje u drugu državu članicu, odnosno treću državu u skladu s člankom 26. stavkom 3. ovoga Zakona, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Zavoda, zbog zdravstvenog stanja odobren prijevoz zrakoplovom, ima pravo na naknadu za troškove prijevoza u visini najniže cijene zrakoplovne karte za ekonomsku klasu.

(4) Pravo na naknadu za troškove prijevoza osigurana osoba ostvaruje na osnovi tiskanice putnog naloga koji izdaje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite ili izabrani doktor dentalne medicine, odnosno ovlaštenu radnik Zavoda kada je osigurana osoba pozvana od strane Zavoda radi ostvarivanja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te na osnovi rješenja Zavoda o upućivanju na liječenje sukladno članku 26. stavku 3. ovoga Zakona, odnosno na osnovi potvrde zdravstvene ustanove o provedenim hemodijalizama.

(5) Sadržaj i oblik tiskanice putnog naloga iz stavka 4. ovog članka utvrđuje općim aktom.

Članak 82.

(1) Republika Hrvatska osigurava u državnom proračunu posebna sredstva za prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, i to za:

1. sredstva za naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točke 9. i članka 52. stavka 2. ovoga Zakona,

2. troškove zdravstvene zaštite za:

a. osiguranike iz članka 7. stavka 1. točaka 13., 16., 17. i 19. te članka 11. stavka 1. točke 3. ovoga Zakona, za koje se doprinos ne uplaćuje u skladu s člankom 72. stavkom 1. točkom 3. ovoga Zakona, te za osiguranike iz članka 7. stavka 1. točaka 14., 15., 18., 20., 21., 25., 26. i 27. ovoga Zakona,

b. osigurane osobe iz članka 15. ovoga Zakona,

c. osigurane osobe iz članka 78. ovoga Zakona,

d. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,

e. preventivnu zdravstvenu zaštitu osiguranih osoba starijih od 65 godina života,

f. preventivnu zdravstvenu zaštitu osiguranih osoba s invaliditetom iz registra utvrđenog posebnim propisom,

g. razliku u troškovima organizacije primarne zdravstvene zaštite iznad propisanih normativa izazvane demografskim karakteristikama (otoci, gustoća naseljenosti),

h. razliku u troškovima zdravstvene zaštite koja se ugovara i plaća prema broju stanovnika, a ne prema broju osiguranih osoba (hitna medicina, patronažna zdravstvena zaštita, higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita),

i. provođenje zdravstvene zaštite osnovom međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju.

(2) Sredstva iz stavka 1. ovoga članka uplaćuju se na račun Zavoda do 10. dana u mjesecu za prethodni mjesec i prihod su Zavoda.

Članak 98.

(1) U provedbi prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod obavlja osobito sljedeće poslove:

1. provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,

2. obavlja poslove u vezi s ostvarivanjem prava osiguranih osoba, brine se o zakonitom ostvarivanju tih prava te im pruža stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa,

3. planira novčana sredstva obveznoga zdravstvenog osiguranja te plaća usluge ugovornim subjektima Zavoda na temelju ispostavljenih računa i povijesti bolesti, otpusnih pisama, odnosno druge odgovarajuće dokumentacije,

4. predlaže ministru nadležnom za zdravlje opseg prava na zdravstvenu zaštitu iz članaka 19., 20., 22. i 23. ovoga Zakona,

5. daje prijedlog ministru nadležnom za zdravlje za izradu plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te plana i programa mjera specifične zdravstvene zaštite,

6. daje mišljenje osnivaču zdravstvene ustanove o opravdanosti osnivanja zdravstvene ustanove u mreži javne zdravstvene službe te daje mišljenje zdravstvenom radniku o opravdanosti osnivanja privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe,

7. obavlja poslove ugovaranja s provediteljima zdravstvene zaštite,

8. utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost pojedine zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje,

9. osigurava provedbu propisa Europske unije i međunarodnih ugovora u dijelu koji se odnosi na obvezno zdravstveno osiguranje,

10. obavlja nadzor nad ispunjavanjem ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda sukladno ovome Zakonu, propisima donesenim na temelju ovoga Zakona, općim aktima Zavoda i sklopljenom ugovoru,

11. provodi istraživanja, statističke obrade i izrađuje izvješća u vezi ostvarivanja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,

12. uređuje ostala pitanja vezana uz ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

(2) Uz poslove iz stavka 1. ovoga članka Zavod obavlja i pojedine poslove vezane uz održavanje informacijskog sustava za potrebe provođenja zdravstvene zaštite prema posebnom nalogu ministra nadležnog za zdravlje.

Članak 127.

(1) U postupcima o pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja sudjeluju liječnička povjerenstva Zavoda.

(2) Liječnička povjerenstva iz stavka 1. ovoga članka provode stručno-medicinsko vještačenje o pravu osigurane osobe iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te donose odluku u obliku nalaza, mišljenja i ocjene.

(3) Ovlasti i način rada liječničkih povjerenstava, područje njihove nadležnosti te izgled i sadržaj tiskanice nalaza, mišljenja i ocjene utvrđuje općim aktom Zavod uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.