

REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA

Zagreb, srpanj 2009.

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju 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

- Važećim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 150/08.) člankom 53. određeni su prihodi od obveznoga zdravstvenoga osiguranja.

Prihod obveznoga zdravstvenog osiguranja su:

- 1) doprinosi osiguranika,
- 2) doprinosi poslodavaca,
- 3) doprinos za nezaposlene osobe iz članka 6. stavka 1. točke 12., 14., 15. i 17. i članka 9. stavka 1. točke 3. važećega Zakona,
- 4) doprinosi drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom,
- 5) posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,
- 6) prihodi iz državnog proračuna,
- 7) prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju,
- 8) prihodi od dividendi, kamata i drugih prihoda,
- 9) 32% od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine,
- 10) prihodi od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti.

Prihode od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti izdvajaju društva za osiguranje u visini od 10% naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti. Taj iznos predstavlja naknadu prouzročene štete Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u slučajevima iz članka 113. važećega Zakona koju su prouzročili vlasnici, odnosno korisnici osiguranoga motornog vozila.

Sukladno podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje s osnova propisanog postotka od iznosa naplaćene funkcionalne premije od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti u razdoblju siječanj-lipanj 2009. godine ukupno je uplaćeno 40.436.290,14 kuna, odnosno prosječno mjesečno 6.739.381,00 kuna. Od 14 društava za osiguranje koji su obveznici plaćanja osiguranja u visini od 10% naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti redovito obvezu izvršavaju četiri društva. Sedam društava nije uopće izvršilo uplatu propisanih sredstava, dok su tri društva djelomično ispunila svoju obvezu neredovitim uplatama.

Prema procjenama iznos naplaćene funkcionalne premije u 2009. godini biti će 2.500.000.000,00 kuna a 10 % od naplaćene funkcionalne premije od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti mjesečno je trebao iznositi 20.800.000,00 kuna, odnosno u razdoblju siječanj-lipanj 2009. godine 125.000.000,00 kuna, te je s ovog osnova manje uplaćeno 85.000.000,00 kuna. Analizom procijenjenih prihoda na temelju stope od 10% utvrđeno je da bi prikupljena sredstva nadilazila stvarne troškove za zdravstvenu zaštitu ozlijeđenih u prometnim nezgodama, te se pokazalo potrebnim uskladiti postotak izdvajanja sukladno stvarnim troškovima.

Predloženom izmjenom Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju uređuje se da društva za osiguranje na ime prihoda obveznoga zdravstvenog osiguranja trebaju uplaćivati 7% na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti. Društva za osiguranje obvezna su sredstva na ime tih prihoda uplatiti do 10-tog dana u mjesecu za protekli mjesec na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti u korist računa državnog proračuna Republike Hrvatske. Procjenjuje se da bi u tom slučaju mjesečni prihod obveznog zdravstvenog osiguranja iznosio 14.600.000,00 kuna, što bi ukupno do kraja 2009. godine iznosilo 72.900.000,00 kuna. Ukupan prihod iz naplaćene funkcionalne premije u 2009. godini na taj način iznosio bi 218.800.000,00 kuna.

- Predloženom izmjenom važećega zakona, u ostvarivanju prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja liječnička povjerenstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zamjenjuju se „ovlaštenim doktorima“ u cilju osiguranja bolje operativnosti i olakšanja komunikacije između izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite i „ovlaštenog doktora“. Zbog dostupnijeg uvida u svu medicinsku dokumentaciju i zdravstveni karton osigurane osobe ubrzale bi se procedure medicinskog vještačenja te pacijentu približio „ovlašteni doktor“ kao doktor, a ne administrativni radnik. Ukinula bi se nepotrebna čekanja na pregled u prostorijama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje čime bi se smanjili troškovi toga Zavoda vezani uz osiguranje prostora u kojima rade liječnička povjerenstva.

- Vezano uz ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja dopunama članka 16. važećega Zakona uređuje se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za zdravstvenu zaštitu u svezi medicinske oplodnje sukladno općem aktu koje donosi Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Navedena dopuna predlaže se zbog potrebe implementacije Zakona o medicinskoj oplodnji.

Također, predlaže se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigura plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti, a ne samo za njihovo bolničko liječenje kao što je bilo do sada. Naime, radi se o bolestima koje, osim bolničke, zahtijevaju kontinuiranu i dostupnu specijalističko-konzilijarnu i primarnu zdravstvenu zaštitu. Kontinuirana i dostupna zdravstvena skrb u dijelu specijalističko-konzilijarne i primarne zdravstvene zaštite, odnosno kontinuirana i dostupna zdravstvena zaštita na svim razinama zdravstvene djelatnosti bolesnicima oboljelim od kroničnih psihijatrijskih bolesti omogućuje dulju remisiju, a time i dulju radnu sposobnost, rjeđu potrebu za hospitalizacijom što sve značajno smanjuje troškove vezane uz te bolesti.

Predloženim zakonom, isto tako, uređuje se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za primarnu laboratorijsku dijagnostiku.

Navedena izmjena predlaže se zbog reformske smjernice prema kojoj se uzimanje uzoraka za laboratorijske analize u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi u ordinacijama izabranih ugovornih doktora, a materijal se na odgovarajući način transportira u pripadajuće medicinsko-biokemijske laboratorije. Kako je ova reformska smjernica implementirana već u velikom broju ugovornih ordinacija opće/obiteljske medicine, javljaju se izrazite poteškoće vezane uz naplatu sudjelovanja, odnosno transfer novca.

- Radi provedbe informatizacije u zdravstvu uvedena je nova iskaznica zdravstveno osigurane osobe - "pametna kartica". S obzirom da su troškovi njenog izdavanja i primjene znatni predlaže se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje općim aktom utvrđuje troškove izdavanja "pametne kartice".

III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVEDBU PREDLOŽENOG ZAKONA

U Državnom proračunu za 2009. godinu planirana su sredstva od premije od automobilske odgovornosti u iznosu od 200.000.000,00 kuna. Smanjenom stopom naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti i redovitom uplatom ostvarili bi se prihodi u iznosu od 218.800.000,00 kuna, odnosno 18.800.000,00 kuna više na godišnjoj razini.

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

Izmjenama u sustavu financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja u dijelu koji se odnosi na način uplate 7% od naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, stvaranjem osnove za njenom redovitijom uplatom, a u cilju povećanja prihoda državnog proračuna 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 OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM
OSIGURANJU**

Članak 1.

U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 150/08.) u članku 6. stavku 1. točki 25. iza riječi: "članovi obitelji" dodaju se riječi: "smrtno stradalog,".

Članak 2.

U članku 16. stavku 2. u točki 3. iza zarez dodaju se riječi: "te zdravstvenu zaštitu u svezi medicinske oplodnje sukladno općem aktu Zavoda,".

Točka 6. mijenja se i glasi:

"6. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti,"

Iza točke 15. dodaje se točka 16. koja glasi:

"16. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite." .

U stavku 3. točka 1. briše se, a dosadašnje točke 2.- 9. postaju točke 1.- 8.

Članak 3.

U članku 29. stavku 3. riječi: "liječničko povjerenstvo koje imenuje Zavod" zamjenjuje se riječima: "ovlašteni doktor Zavoda".

Članak 4.

U članku 33. stavku 3. riječi: "liječničko povjerenstvo područnog ureda " zamjenjuje se riječima: "ovlašteni doktor ".

U stavku 4. riječi: "utvrdilo nadležno liječničko povjerenstvo " zamjenjuju se riječima: "utvrdio ovlašteni doktor".

Članak 5.

U članku 34. stavku 1. riječi: "liječničkom povjerenstvu područnog ureda " zamjenjuju se riječima: "ovlaštenom doktoru ".

Članak 6.

U članku 35. stavku 1. riječi: "nadležno liječničko povjerenstvo " zamjenjuju se riječima: "ovlašteni doktor ".

U stavku 6. riječi: "liječničkog povjerenstva " zamjenjuju se riječima: "ovlaštenog doktora".

Članak 7.

U članku 37. riječi: "ispunio uvjete za starosnu mirovinu u skladu s propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske" zamjenjuju se riječima: "navršio 65 godina života i 20 godina staža osiguranja na temelju nesamostalnog ili samostalnog rada".

Članak 8.

U članku 40. stavku 1. postavku 5. riječi: "liječničkog povjerenstva" zamjenjuju se riječima: "ovlaštenog doktora", a u podstavku 6. riječi: " liječničko povjerenstvo" zamjenjuje se riječima: "ovlašteni doktor".

Članak 9.

U članku 46. riječi: "liječničko povjerenstvo" zamjenjuju se riječima: "ovlašteni doktor".

Članak 10.

U članku 53. stavku 2. riječi: "Zakona izdvajaju društva za osiguranje u visini od 10%" zamjenjuje se riječima: „članka uplaćuju društva za osiguranje u visini od 7%".

Iza stavka 2. dodaju se stavci 3. i 4. koji glase:

"Društva za osiguranje obvezna su sredstva na ime prihoda iz stavka 2. ovoga članka uplatiti do 10-tog dana u mjesecu za protekli mjesec na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti u korist računa državnog proračuna Republike Hrvatske.

Način plaćanja i izvješćivanja te postupak i ovlaštenje za nadzor nad provedbom odredbe stavka 3. ovoga članka utvrdit će pravilnikom ministar financija."

Članak 11.

U članku 69. stavku 1. briše se točka i dodaju riječi: "ako posebnim propisom nije drukčije utvrđeno."

Članak 12.

U članku 103. stavku 4. riječi: " sadržaju i obliku" zamjenjuju se riječima: "sadržaju, obliku i naknadi za troškove izdavanja".

Članak 13.

Članak 111. mijenja se i glasi:

"Članak 111.

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

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

Članak 14.

Iza članka 125. dodaje se novi članak 125.a koji glasi:

"Članak 125.a

Novčanom kaznom u iznosu od 500.000,00 do 1.000.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj društvo za osiguranje koje u propisanom roku ne uplati prihod u visini od 7% na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti (članak 53. stavak 2. i 3.).

Novčanom kaznom u iznosu od 30.000,00 do 50.000,00 za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se odgovorna osoba u društvu za osiguranje."

Članak 15.

U članku 129. podstavku 1. riječi: "liječničkog povjerenstva" zamjenjuje se riječima: "ovlaštenog doktora".

Članak 16.

Ministar financija donijet će pravilnik iz članka 10. ovoga Zakona u roku od mjesec dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 17.

Zavod će opći akt iz članka 13. ovoga Zakona donijeti u roku od mjesec dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 18.

Ovaj Zakon stupa na snagu danom objave u "Narodnim novinama".

O B R A Z L O Ž E N J E

Uz članak 1.

Usklađenjem sa Zakonom o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji („Narodne novine“, br. 174/04., 92/05., 02/07. , 107/07 i 65/09) ovim člankom uređuje se da status osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja stječu i članovi obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja za vrijeme primanja novčane naknade sukladno propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji.

Uz članak 2.

Uređuje se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za zdravstvenu zaštitu u svezi medicinske oplodnje, sukladno općem aktu Zavoda.

Također, uređuje se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti, a ne samo za njihovo bolničko liječenje kao što je bilo do sada te da osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite.

Uz članak 3.

Uređuje se da ovlašteni doktor, a ne liječničko povjerenstvo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, kako je određeno važećim Zakonom, određuje duljinu trajanja njege osigurane osobe.

Uz članak 4.

Uređuje se da ovlašteni doktor, a ne liječničko povjerenstvo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, utvrđuje duljinu trajanja bolovanja.

Uz članak 5.

Ovim člankom propisuje se da osiguranik podnosi prigovor na ocjenu izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite o pravu na korištenje bolovanja ovlaštenom doktoru, a ne liječničkom povjerenstvu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Uz članak 6.

Ovim člankom uređuje se da osiguranik za vrijeme bolovanja ima pravo na naknadu plaće dok izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlašteni doktor, a ne liječničko povjerenstvo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, kako je propisano važećim Zakonom, ne utvrde da je sposoban za rad, odnosno dok se ne utvrdi invalidnost.

Uz članak 7.

Uređuje se poboljšanje izričaja sukladno propisima o mirovinskom osiguranju.

Uz članak 8.

Propisuje se da osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako se ne odazove na poziv na liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlaštenog doktora.

Uz članak 9.

Uređuje se da osiguranik ostvaruje novčanu naknadu zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici pod uvjetom da je privremeno nesposoban za obavljanje ugovorenih poslova zbog bolesti koje utvrđuje ovlašteni doktor, a ne liječničko povjerenstvo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, kako je uređeno važećim Zakonom.

Uz članak 10.

Predloženom izmjenom Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju uređuje se da društva za osiguranje na ime prihoda obveznoga zdravstvenog osiguranja trebaju uplaćivati 7% na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti. Društva za osiguranje obvezna su sredstva na ime tih prihoda uplatiti do 10-tog dana u mjesecu za protekli mjesec, u korist računa državnog proračuna Republike Hrvatske.

Daje se ovlast ministru financija da pravilnikom propiše način plaćanja i izvješćivanja, te postupak i ovlaštenje za nadzor nad provedbom odredbe stavka 3. članka 53. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Uz članak 11.

Navedena dopuna članka 69. važećega Zakona nužna je zbog usklađenja sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 150/08) u vezi koncesija i to za djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite za koje postupak provode županije/Grad Zagreb.

Uz članak 12.

Vodeći računa o tome da su troškovi izdavanja i primjene „pametne kartice“ znatni predlaže se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje općim aktom utvrđuje troškove njenog izdavanja.

Uz članak 13.

Članak 111. važećega Zakona mijenja se zbog uvođenja „ovlaštenog doktora Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje“, dok liječničko povjerenstvo i nadalje medicinski vještači o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja u drugostupanjskom upravnom postupku.

Uz članak 14.

Propisuje se kazna za prekršaj zbog povrede članka 53. stavka 2. i 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Uz članak 15.

Propisuje se novčana kazna za prekršaj u slučaju ako se osigurana osoba ne odazove na poziv za liječnički pregled ovlaštenog doktora, a ne liječničkog povjerenstva.

Uz članak 16.

Određuje se rok za donošenje pravilnika iz članka 10. ovoga Zakona.

Uz članak 17.

Određuje se rok za donošenje općeg akta iz članka 13. ovoga Zakona.

Uz članak 18.

Uređuje se dan stupanja na snagu Zakona

ODREDBE VAŽEĆEGA ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU, ODNOSNO DOPUNJUJU

Članak 6.

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

1. osobe u radnom odnosu kod domaćeg 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 područne (regionalne) samouprave, ako za taj rad primaju plaću,
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 način kako je to određeno međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju,
4. članovi uprave trgovačkih društava ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada,
5. osobe koje se nakon završenog obrazovanja stručno osposobljavaju bez zasnivanja radnog odnosa sukladno Zakonu o radu (volonterski rad),
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, 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, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
10. korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
11. osobe koje su u vrijeme prestanka radnog odnosa zatečene u korištenju prava na naknadu plaće za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, prema prijavi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu,

12. osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su prijavljene Zavodu:

a) u roku od 30 dana od prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti ili od prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema ovom Zakonu ili prema propisima donesenim na temelju ovoga Zakona, odnosno od prestanka statusa osiguranika utvrđenog prema točki 11. ovoga stavka,

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

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

e) u roku od 30 dana od dana prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema ovome Zakonu ili prema propisima donesenim na temelju ovoga Zakona,

f) u roku od 90 dana od dana isteka školske godine u kojoj su završile redovito školovanje prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj, odnosno u roku od 30 dana od dana položenoga završnog ispita,

13. 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,

14. osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj koje su prema propisima o školovanju Republike Hrvatske 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 obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

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

16. 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,

17. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata ako se prijave Zavodu i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

18. 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,

19. 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 narodnooslobodilačkog rata (»Narodne novine«, br. 57/85., 55/86. i 57/89.), Zakonu o zaštiti žrtava fašističkog terora i građanskih žrtava rata (»Narodne novine«, br. 57/85., 55/86., 27/88. i 57/89.), Zakonu o posebnoj novčanoj naknadi borcima narodnooslobodilačkog 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,

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

21. 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,

22. 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 fizičke osobe radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja, dok traje praktični rad,

23. osobe upućene u inozemstvo u sklopu međunarodne tehničko-prosvjetne i kulturne suradnje, dok se nalaze u inozemstvu po toj osnovi,

24. osobe kojima je priznato pravo na status roditelja njegovatelja prema posebnom propisu,

25. članovi obitelji 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,

26. osobe kojima je priznat status azilanta u Republici Hrvatskoj.

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.

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 mjerodavno 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.

Za osobe iz stavka 1. točke 12., 14., 15. i 17. ovoga članka Zavod i Hrvatski zavod za zapošljavanje međusobno će razmjenjivati podatke o nezaposlenim osobama koje se vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje.

Za osobe iz stavka 4. ovoga članka, a koje se ne vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje kao nezaposlene osobe, status osiguranika utvrđivat će se prijavom Zavodu.

Uvjete i način stjecanja statusa osiguranika sukladno stavku 1. ovoga članka Zavod će pobliže propisati općim aktom.

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,
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. bolničku zdravstvenu zaštitu za kronične psihijatrijske bolesnike,
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.

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. laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite – 0,45% proračunske osnovice,
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
3. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
4. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda – 1,50% proračunske osnovice,
5. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,
6. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
7. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
8. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07 proračunske osnovice,
9. 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 29.

Pravo na naknadu plaće za vrijeme bolovanja radi njege osigurane osobe – djeteta iz članka 26. točke 5. ovoga Zakona s kojim osiguranik živi u zajedničkom kućanstvu traje za svaku utvrđenu bolest najviše do 20 radnih dana, a za dijete do 7. godine života najviše do 40 radnih dana.

Pravo na naknadu plaće za vrijeme bolovanja radi njege osigurane osobe – supružnika iz članka 26. točke 5. ovoga Zakona s kojim osiguranik živi u zajedničkom kućanstvu traje za svaku utvrđenu bolest najviše do 15 radnih dana.

Ako je prema ocjeni doktora medicine primarne zdravstvene zaštite zdravstveno stanje člana obitelji – djeteta do 18. godine života takvo da duljina trajanja njege roditelja određene u stavku 1. ovoga članka neće biti dovoljna, potrebno trajanje njege određuje liječničko povjerenstvo koje imenuje Zavod.

Pod zajedničkim kućanstvom u smislu stavka 1. i 2. ovoga članka smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja ostvarenih prihoda obitelji.

Članak 33.

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

Izabrani doktor iz stavka 1. ovoga članka 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, po prethodno pribavljenom mišljenju stručnih društava Hrvatskog liječničkog zbora.

Nakon proteka roka iz stavka 2. ovoga članka pravo na bolovanje i duljinu trajanja bolovanja osiguranika utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda.

Izabrani doktor dužan je prekinuti bolovanje osiguranika i prije roka utvrđenog propisom iz stavka 2. ovoga članka, odnosno prije roka koji je utvrdilo nadležno liječničko 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.

Članak 34.

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

Osiguraniku nezadovoljnom ocjenom, nalazom i mišljenjem liječničkog povjerenstva područnog ureda Zavoda izdat će se rješenje u upravnom postupku.

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

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

Članak 35.

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

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

Nadležno tijelo vještačenja mirovinskog osiguranja u nalazu, mišljenju i ocjeni koje donosi prema prijedlogu izabranog doktora iz stavka 2. ovoga članka obvezno utvrđuje samo da invalidnost kod osiguranika ne postoji ili da je kod osiguranika nastupila opća, odnosno profesionalna nesposobnost za rad.

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

Ako nadležno tijelo vještačenja ne donese nalaz, mišljenje i ocjenu i ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite i nadležni područni ured Zavoda u rokovima iz stavka 2. ovoga članka osiguranik od prvoga idućeg dana nakon isteka roka od 30 dana iz stavka 2. ovoga članka ostvaruje naknadu plaće kod Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje na teret sredstava toga Zavoda.

Obrada osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti tereti sredstva Zavoda samo u slučajevima kada je izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite uputio osiguranika u skladu sa stavkom 2. ovoga članka, odnosno po prijedlogu liječničkog povjerenstva Zavoda.

Članak 37.

Osiguranik koji je ispunio uvjete za starosnu mirovinu u skladu s propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja za vrijeme bolovanja već na teret sredstava poslodavca, odnosno na teret sredstava osiguranika obveznika uplate doprinosa.

Članak 40.

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće 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 plaće od dana nastanka tih slučajeva do dana njihova prestanka, odnosno prestanka posljedica njima uzrokovanih.

Članak 46.

Osiguranik ostvaruje novčanu naknadu iz članka 44. ovoga Zakona pod uvjetom da je privremeno nesposoban za obavljanje ugovorenih poslova zbog bolesti koju utvrđuje liječničko povjerenstvo Zavoda.

Članak 53.

Prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja su:

- 1) doprinosi osiguranika,
- 2) doprinosi poslodavaca,
- 3) doprinos za nezaposlene osobe iz članka 6. stavka 1. točke 12., 14., 15. i 17. i članka 9. stavka 1. točke 3. ovoga Zakona,
- 4) doprinosi drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom,
- 5) posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,
- 6) prihodi iz državnog proračuna,
- 7) prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju,
- 8) prihodi od dividendi, kamata i drugih prihoda,
- 9) 32% od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine,
- 10) prihodi od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti.

Prihod iz stavka 1. točke 10. ovoga Zakona izdvajaju društva za osiguranje u visini od 10% naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti. Taj iznos predstavlja naknadu prouzročene štete Zavodu u slučajevima iz članka 113. ovoga Zakona koju su prouzročili vlasnici, odnosno korisnici osiguranoga motornog vozila

Članak 69.

Sukladno aktu iz članka 68. ovoga Zakona Zavod u skladu s utvrđenim potrebama za popunu mreže javne zdravstvene službe u pravilu svake treće godine objavljuje natječaj 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 za provođenje zdravstvene zaštite prema objavljenom natječaju, Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, donosi odluku o izboru najpovoljnijih ponuditelja.

Podnositelj ponude iz stavka 2. ovoga članka, a koji nije izabran, može zahtijevati da o izboru odluči arbitraža.

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

Članak 103.

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.

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

Članak 111.

U postupcima za priznavanje prava iz obveznoga 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.

Članak 125.

Novčanom kaznom u iznosu od 100.000,00 do 500.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna osoba – obveznik plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje koja uz isplatu plaća, a najkasnije do konca mjeseca za prethodni mjesec ne uplati doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje.

Novčanom kaznom u iznosu 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 129.

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 izvijesti 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 40.),

– 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 49.),

– ako koristi ispravu kojom se dokazuje status osigurane osobe na način protivan odredbama ovoga Zakona i propisa donesenih na temelju ovoga Zakona (članak 103.).