

**REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI**

**NACRT PRIJEDLOGA
ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

Zagreb, svibanj 2006.

**NACRT PRIJEDLOGA
ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje ovoga Zakona sadržana je u odredbi članka 2. stavka 4. podstavka 1., a u svezi s člankom 58. Ustava Republike Hrvatske.

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

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

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

Potreba donošenja Nacionalne strategije razvitka zdravstva kojom treba definirati smjernice i nositelje provedbe zdravstvene politike temelji se na sljedećim razlozima:

1. Od osnutka hrvatske države još nije izrađena strategija razvitka zdravstva kao osnovna odrednica za provedbu opsežne i nužne reforme zdravstva.

2. Neracionalna organizacija zdravstvene zaštite, loša kontrola troškova u zdravstvu kao i dugogodišnji nekontrolirani rast potrošnje u zdravstvu doveli su ukupne troškove zdravstva do gornjeg limita koje hrvatsko gospodarstvo i državni proračun može podnijeti, tako da je opsežna i duboka reforma financiranja zdravstva hitna i neophodna.
3. Ulaskom Republike Hrvatske u Europsku uniju potrebno je reorganizirati sustav javnog zdravstva kako bi postao glavni nositelj preventivnih aktivnosti određenih pravnom stečevinom Europske unije na području zaštite zdravlja ljudi, kao i nositelj sustavne provedbe preventivnih programa u cilju smanjenja bolesti i rasterećenja zdravstvene skrbi pa time i smanjenja troškova zdravstva.

Uz donošenje Nacionalne strategije razvitka zdravstva nužne su i odgovarajuće zakonske promjene na području financiranja sustava zdravstva, a s tim u svezi i na području zdravstvenog osiguranja.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- kn

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

Apsolutne veličine zdravstvene potrošnje prikazane su u sljedećoj tablici:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **doplata i oslobađanje od plaćanja doplate**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kao tijelo upravljanja Zavodom ovim se Zakonom određuje Skupština.

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

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

Članove Upravnog vijeća na temelju javnog poziva imenuje Skupština Zavoda.

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

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

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

- **uređivanje zdravstvenog osiguranja zaštite zdravlja na radu**

S obzirom da će se pitanja obveznog zdravstvenog osiguranja zaštite zdravlja na radu urediti posebnim zakonom, prijelaznim odredbama ovoga Zakona uređuje se da do stupanja na snagu toga zakona ostaju na snazi odredbe važećega Zakona o zdravstvenom osiguranju koje se odnose na ozljede na radu i profesionalne bolesti.

- O Prijedlogu zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju Hrvatski sabor je nakon provedene prethodne rasprave, na 19. sjednici, 11. travnja 2006. godine donio zaključak kojim se sve primjedbe, prijedlozi i mišljenja upućuju predlagatelju radi pripreme prijedloga zakona.

Vežano uz mišljenja iznesena u prethodnoj raspravi izvršene su odgovarajuće izmjene članka 14., 16., 54., 74., 93., 94. i 128. zakonskoga prijedloga.

III. OCJENA POTREBNIH SREDSTAVA ZA PROVEDBU OVOGA ZAKONA

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

Navedena ušteda proizlazi iz novog načina formiranja Liste lijekova Zavoda, budući da se jedino u pogledu lijekova razlikuju sada važeći članak 17. Zakona i predloženi članak 15. Zakona. Što se tiče drugih vidova zdravstvene zaštite zadržan je postojeći standard prava na zdravstvenu zaštitu, te u tom pogledu nema ni promjena u finansijskim obvezama Zavoda.

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

Prijedlogom Zakona predloženo je formiranje dviju listi lijekova, osnovne i dopunske (članak 16. Prijedloga).

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

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

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

PROCJENA FINANCIJSKIH UČINAKA

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

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

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

**NACRT PRIJEDLOGA
ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

U Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje je obvezno i dobrovoljno.

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

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

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

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

Članak 2.

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

II. OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 3.

Na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim Zakonom obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj, stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj te azilanti u Republici Hrvatskoj.

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

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

Članak 4.

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

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

III. OSIGURANE OSOBE

1. OSIGURANICI

Članak 5.

Status osiguranika prema ovom Zakonu stječu:

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

15. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
16. osobe koje pružaju njegu i pomoć hrvatskom ratnom vojnom invalidu Domovinskog rata prema propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi,
17. osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj koje su bile korisnici zdravstvene zaštite po Zakonu o osnovnim pravima vojnih invalida i obitelji palih boraca ("Narodne novine" br. 53/91.), Zakonu o invalidskom dodatku i drugim pravima vojnih invalida ("Narodne novine", br. 75/85., 55/86. i 57/89.), Zakonu o zaštiti boraca 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,
18. osobe na odsluženju vojnog roka (ročnici), obveznici civilne službe (civilni obveznici) te pričuvnici za vrijeme obavljanja službe u oružanim snagama Republike Hrvatske, ako nisu osigurane po drugoj osnovi,
19. osobe koje su prekinule rad zbog toga što ih je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje, dok traje obrazovanje, odnosno stručno usavršavanje,
20. 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,
21. osobe upućene u inozemstvo u sklopu međunarodne tehničko-prosvjetne i kulturne suradnje, dok se nalaze u inozemstvu po toj osnovi,
22. azilanti 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 popisano izdavanje odobrenja ili obveza registracije te djelatnosti.

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

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

Članak 6.

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

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

2. ČLANOVI OBITELJI OSIGURANIKA

Članak 7.

Prema ovom Zakonu, status osigurane osobe kao članovi obitelji osiguranika 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,
3. roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i posvojitelj) koji s osiguranikom žive u zajedničkom kućanstvu 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 koji s osiguranikom žive u zajedničkom kućanstvu ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava.

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

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 nema vlastitih sredstava za uzdržavanje, te da živi u zajedničkom kućanstvu sa osiguranikom.

Članak 8.

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

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

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.

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

Članak 9.

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

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

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

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

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

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

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

3. DRUGE OSIGURANE OSOBE

Članak 10.

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

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

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

Članak 11.

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

Članak 12.

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

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

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

IV. PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 13.

Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema ovome Zakonu obuhvaćaju:

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

1. PRAVO NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Članak 14.

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

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

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

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

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

Članak 15.

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

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

1. u cijelosti za:

- preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju te odraslih osoba, osim preventivnih pregleda koje na temelju zakona i drugih propisa osiguravaju poslodavci ili jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave,
- kurativnu zdravstvenu zaštitu i medicinsku rehabilitaciju djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju,
- ortopedska i druga pomagala djeci do 18. godine života, sukladno općem aktu Zavoda,
- preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu odraslih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite, a koja nije točkom 2. do 5. ovoga stavka drukčije uređena,
- preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu žena u svezi s planiranjem obitelji, praćenjem trudnoće i poroda te drugim zdravstvenim potrebama žena i ranim otkrivanjem raka,
- preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu djece do 18. godine života i trudnica,
- preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja,
- obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,
- laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite,
- medicinski neophodnu bolničku zdravstvenu zaštitu, osim troškova smještaja i prehrane iz točke 3. i 4. ovoga stavka,
- troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesnika,
- kemoterapiju i radioterapiju, uključujući troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti,
- zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, uključujući troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti,
- hitnu medicinsku pomoć, uključujući troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti tijekom intenzivne skrbi,
- hitnu stomatološku pomoć,
- hitni medicinski prijevoz,
- kućne posjete za akutna stanja,

- kućno liječenje,
- patronažnu zdravstvenu skrb,
- sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo,
- lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda,
- zdravstvenu njegu u kući bolesnika.

2. 85% cijene za:

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

3. 75% cijene za:

- troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih bolesti,
- stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici za osobe iznad 70 godina starosti.

4. 70% cijene za:

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

5. 50% cijene za:

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

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

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

Članak 16.

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

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

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

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

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

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

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

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

Članak 17.

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

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

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

Članak 18.

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

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

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

Članak 19.

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

Članak 20.

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

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

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

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

- liječenje dobrovoljno stečenog steriliteta,

- kirurško liječenje pretilosti,

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

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

- zaštitu zdravlja na radu.

Članak 21.

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

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

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

Iznimno, prema ovome Zakonu doplate iz članka 15. stavka 2. točke 2. do 5. ovoga Zakona su oslobođene sljedeće osigurane osobe:

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

Članak 22.

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

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

Članak 23.

Pod prihodom iz članka 22. ovoga Zakona smatraju se svi primici koje obitelj ostvari na ime dohotka od nesamostalnog rada, dohotka ili dobiti od samostalne djelatnosti, primitaka od

kojih se utvrđuje drugi dohodak, imovine i imovinskih prava, kapitala, osiguranja te svi drugi primici ostvareni prema posebnim propisima.

Članak 24.

Pod dohotkom u smislu ovoga Zakona smatra se:

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

Članak 25.

U prihod iz članka 23. ovoga Zakona ne uračunava se: naknada za vrijeme privremene spriječenosti za rad (bolovanje), naknada za rodiljni dopust, novčana naknada za slučaj nezaposlenosti, pomoć za uzdržavanje, doplatak za pripomoć u kući, pomoć za podmirenje troškova stanovanja, doplatak za pomoć i njegu, doplatak za djecu, ortopedski doplatak, osobna invalidnina, opskrbnina i obiteljska invalidnina ostvareni prema posebnim propisima.

Prihod iz članka 23. ovoga Zakona umanjuje se za iznos koji na temelju propisa o obitelji član obitelji plaća za uzdržavanje osobe koja nije član te obitelji.

Članak 26.

Pod obitelji u smislu članka 22. stavka 1. ovoga Zakona smatraju se bračni i izvanbračni drug, neovisno o tome jesu li zdravstveno osigurani kao članovi obitelji, te članovi obitelji iz članka 7. ovoga Zakona.

Članak 27.

Postupak utvrđivanja prava na oslobađanje od plaćanja doplate iz članka 22. ovoga Zakona provodi se sukladno općem aktu Zavoda.

Osiguranim osobama Zavoda koje ispunjavaju uvjete sukladno ovom Zakonu Zavod izdaje potvrdu čiji se oblik i sadržaj propisuje općim aktom Zavoda.

Članak 28.

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

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

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

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

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

Administrativna pristojba prihod je Zavoda.

2. PRAVO NA NOVČANE NAKNADE

Članak 29.

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

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

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

PRAVO NA NAKNADU PLAĆE

Članak 30.

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

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

Članak 31.

Pravo na naknadu plaće pripada osiguraniku u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite, odnosno drugih okolnosti ako je:

1. privremeno nesposoban za rad zbog bolesti ili ozljede, odnosno radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smješten u zdravstvenu ustanovu,
2. privremeno nesposoban za rad zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može obaviti u mjestu prebivališta, odnosno boravišta,
3. izoliran kao kliconoša ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini, odnosno privremeno nesposoban za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osigurane osobe Zavoda,
4. određen za pratitelja osigurane osobe upućene na liječenje ili liječnički pregled ugovornom subjektu Zavoda izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe koja se upućuje,
5. određen da njeguje oboljelo dijete ili supružnika uz uvjete propisane ovim Zakonom,
6. privremeno nesposobna za rad zbog bolesti i komplikacija u svezi s trudnoćom i porođajem,
7. privremeno spriječen za rad zbog korištenja obveznog rodiljnog dopusta,
8. privremeno spriječen za rad zbog korištenja rodiljnog dopusta do jedne godine života djeteta, posvojiteljskog dopusta, prava na rad sa polovicom punog radnog vremena do jedne, odnosno tri godine života djeteta iz članka 59. stavka 1. Zakona o radu te prava na rad sa polovicom punog radnog vremena do tri godine života djeteta iz članka 59. stavka 3. Zakona o radu, uz uvjete propisane ovim Zakonom,
9. privremeno spriječena za rad zbog korištenja dopusta zbog trudnoće ili dojenja djeteta u slučaju iz članka 57. Zakona o radu,

10. odsutna s rada zbog korištenja prava na stanku za dojenje djeteta iz članka 60. Zakona o radu,
11. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnoga dopusta do navršene treće godine djetetova života za blizance, treće i svako sljedeće dijete,
12. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnog dopusta iz članka 58. stavka 9. Zakona o radu,
13. privremeno nesposoban za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu.

Članak 32.

Naknadu plaće u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz članka 31. točke 1. i 2. ovoga Zakona isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava:

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

Članak 33.

Naknada plaće za vrijeme bolovanja iz članka 31. točke 3. do 7. ovoga Zakona isplaćuje se osiguraniku na teret sredstava Zavoda od prvog dana korištenja prava.

Naknadu plaće iz članka 31. točke 8. do 13. ovoga Zakona Zavod isplaćuje osiguraniku na teret sredstava državnog proračuna.

Naknadu plaće za vrijeme bolovanja iz članka 32. točke 1. i 2. ovog Zakona od 43. dana, odnosno 8. dana bolovanja, te točke 4., 5. i 6. članka 31. ovoga Zakona od prvog dana bolovanja obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba - poslodavac, s time da je Zavod obvezan vratiti isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

Provedbene propise o načinu ostvarivanja prava na naknadu plaće donijet će Zavod.

Članak 34.

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

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

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

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

Članak 35.

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

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

Članak 36.

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

Članak 37.

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

Pravna, odnosno fizička osoba dužna je osiguraniku isplatiti naknadu plaće sukladno obračunu koji je dostavio Zavod.

Članak 38.

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

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

Članak 39.

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

Izabrani doktor iz stavka 1. ovoga 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 Zavoda.

Izabrani doktor dužan je prekinuti bolovanje osiguranika i prije roka koji je utvrdilo 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 40.

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

Osiguraniku nezadovoljnom ocjenom, nalazom i mišljenjem liječničkog povjerenstva 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 više liječničko povjerenstvo Zavoda.

Članak 41.

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

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

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. ovog članka, odnosno po prijedlogu liječničkog povjerenstva Zavoda.

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

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

Članak 42.

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

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, ako je osiguranik u vrijeme prestanka radnog odnosa bio u korištenju bolovanja zbog koje je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu, pripada mu naknada plaće za navedeno bolovanje i nakon prestanka radnog odnosa, sve dok ponovno ne bude radno sposoban, odnosno dok mu konačnim rješenjem nadležnog tijela ne bude utvrđena invalidnost.

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

Članak 43.

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

Članak 44.

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 otputuje 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 45.

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

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

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

Iznimno, osiguranicima koji pravo na naknadu plaće za vrijeme bolovanja ostvaruju na teret sredstava Zavoda ili državnog proračuna, u osnovicu za naknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka uračunavaju se i drugi dohoci ostvareni prema primicima od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak, a sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja pod uvjetom da su isplaćeni u šestomjesečnom razdoblju na temelju kojih se utvrđuje osnovica za naknadu, te da imaju ostvaren staž osiguranja u Zavodu propisan člankom 47. stavkom 1. ovoga Zakona.

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

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

Članak 46.

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

Naknada plaće iznosi 100% od osnovice za naknadu:

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

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

Članak 47.

Naknada plaće pripada osiguraniku u visini propisanoj ovim Zakonom, odnosno propisima i općim aktima donesenim na temelju ovoga Zakona pod uvjetom, da prije dana nastanka slučaja na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu ima ostvaren staž osiguranja u Zavodu na temelju radnog odnosa ili obavljanja gospodarske djelatnosti, odnosno obavljanja profesionalne djelatnosti samostalno u obliku zanimanja od najmanje 12 mjeseci neprekidno ili 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine (prethodno osiguranje).

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

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

Članak 48.

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

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

Članak 49.

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

Članak 50.

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

Članak 51.

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

Članak 52.

Opći akt o postupku i načinu ostvarivanja prava na novčanu naknadu zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja donijet će Zavod.

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

Članak 53.

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

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

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

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

Članak 54.

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

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

Članak 55.

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

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

Članak 56.

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

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

V. FINANCIRANJE OBVEZNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Izvori sredstava

Članak 57.

Prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja su:

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

Članak 58.

Izdaci obveznoga zdravstvenog osiguranja obuhvaćaju izdatke za:

- 1) zdravstvenu zaštitu,
- 2) naknade plaća do 12 mjeseci neprekidnog bolovanja,
- 3) novčana naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja,
- 4) naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,
- 5) provedbu obveznoga zdravstvenog osiguranja,
- 6) rad tijela upravljanja Zavodom,
- 7) ostale izdatke.

Članak 59.

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

2. Doprinosi i obveznici doprinosa

Članak 60.

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

Članak 61.

Ako ovim ili posebnim zakonom nije drukčije propisano, osnovice, način obračuna i plaćanja, visinu, te obveznike obračunavanja i plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje propisat će općim aktom Zavod.

Članak 62.

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

Članak 63.

Poljoprivrednik iz članka 5. točke 7. ovoga Zakona koji je navršio 65 godina života oslobađa se plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje ako ispunjava uvjete koje propisom utvrđuje ministar nadležan za poslove socijalne skrbi.

Članak 64.

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

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

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

Osnovicu i stopu te način obračuna i uplate posebnog doprinosa iz stavka 3. ovoga članka, ako posebnim zakonom nije drukčije uređeno, utvrđuje Zavod.

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

Članak 65.

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

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

Članak 66.

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

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

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

3. Osiguranje sredstava u državnom proračunu

Članak 67.

Republika Hrvatska osigurava sredstva u državnom proračunu za:

1. sredstva za isplatu naknada plaće:

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

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

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

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

2. sredstva za troškove zdravstvene zaštite za:

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

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

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

4. Financijsko poslovanje Zavoda

Članak 68.

Zavod ima poslovne fondove za:

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

Članak 69.

Zavod ima pričuvu za provedbu prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

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

Nadzor nad korištenjem pričuve obavlja Upravno vijeće Zavoda.

Članak 70.

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

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

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

Članak 71.

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

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

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

1. Ugovaranje zdravstvene zaštite

Članak 72.

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

Članak 73.

Sukladno aktu iz članka 72. ovoga Zakona Zavod u skladu s utvrđenim potrebama za popunu osnovne mreže zdravstvene djelatnosti u pravilu svake treće godine objavljuje 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 zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika za provođenje zdravstvene zaštite prema objavljenom natječaju, Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, donosi odluku o izboru najpovoljnijih ponuditelja.

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

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

Članak 74.

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

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

Članak 75.

Vrsta, opseg, kvaliteta i rokovi za ostvarivanje ugovorene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja prema standardima i normativima za pojedine djelatnosti na razini primarne, specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite te cijene, način obračuna i rokovi plaćanja zdravstvene zaštite, nadzor nad ostvarivanjem ugovornih obveza, ugovorne kazne zbog neizvršavanja ugovornih obveza, uvjeti pod kojima dolazi do raskida ugovora kao i druga međusobna prava i obveze ugovornih strana određuju se ugovorom iz članka 74. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 76.

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

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

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

Arbitražna odluka donosi se većinom glasova članova arbitraže najkasnije u roku 30 dana od dana osnivanja arbitraže i ona je konačna i obvezuje sudionike arbitraže.

Članak 77.

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

Ugovor sklopljen na osnovu odluke arbitraže vrijedi unaprijed, ako arbitraža ne odluči drukčije.

Članak 78.

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

Članak 79.

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

- ukupnom iznosu cijena zdravstvene zaštite za prava na zdravstvenu zaštitu sukladno broju opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda prema općem aktu iz članka 72. ovoga Zakona,

- cijeni zdravstvene zaštite koje se priznaju za izvršene preventivne preglede opredijeljenih osiguranih osoba sukladno općem aktu Zavoda iz članka 72. ovoga Zakona,

- iznosu sredstava do kojeg izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite ima pravo izdavati uputnice za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu opredijeljenim osiguranim osobama sukladno općem aktu Zavoda iz članka 72. ovoga Zakona,

- iznosu sredstava za lijekove do kojeg izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite može propisivati lijekove na recept za opredijeljene osigurane osobe, vodeći računa o zdravstvenoj i dobnoj strukturi osiguranih osoba, sukladno općem aktu Zavoda iz članka 72. ovoga Zakona, osim za lijekove čija vrijednost prelazi iznos određen općim aktom Zavoda.

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

Članak 80.

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

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

2. Nadzor poslovanja ugovornih subjekata Zavoda

Članak 81.

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

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

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

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

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

Članak 82.

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

Članak 83.

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

VII. HRVATSKI ZAVOD ZA OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 84.

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

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

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

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

Sjedište Zavoda je u Zagrebu.

Članak 85.

U provedbi obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod obavlja osobito sljedeće poslove:

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

1. Ustrojstvo Hrvatskog zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje

Članak 86.

Zavod obavlja poslove iz svoje djelatnosti u sljedećim ustrojstvenim jedinicama:

- središnjoj ustrojstvenoj jedinici,
- područnim ustrojstvenim jedinicama.

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

Članak 87.

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

Područne ustrojstvene jedinice Zavoda su područni uredi Zavoda.

Članak 88.

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

2. Tijela Zavoda

Članak 89.

Zavodom upravlja Skupština.

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

Mandat članova Skupštine traje četiri godine.

Skupština ima predsjednika i zamjenika.

Izbor predsjednika i zamjenika predsjednika Skupštine uređuje se statutom Zavoda.

Članak 90.

Skupština obavlja sljedeće poslove:

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

Na statut Zavoda suglasnost daje Vlada Republike Hrvatske.

Članak 91.

Skupština pravovaljano donosi odluke uz nazočnost većine od ukupnog broja članova.

Statut, financijski plan i završni račun Zavoda Skupština donosi natpolovičnom većinom od ukupnog broja članova.

O ostalim pitanjima Skupština odlučuje većinom prisutnih članova.

Članak 92.

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

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

Članak 93.

Izvršno tijelo Skupštine jest Upravno vijeće koje je sastavljeno od devet članova i čine ga:

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

Članak 94.

Članove Upravnog vijeća na temelju javnog poziva imenuje Skupština Zavoda.

Mandat članova Upravnog vijeća traje četiri godine.

Upravno vijeće donosi odluke natpolovičnom većinom od ukupnog broja članova.

Upravno vijeće:

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

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

Članak 95.

Radom Zavoda rukovodi ravnatelj.

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

Ravnatelj Zavoda ima zamjenika i pomoćnike.

Članak 96.

Ravnatelj Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja.

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

Ravnatelj Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

Članak 97.

Ravnatelj Zavoda odgovoran je za financijsko poslovanje Zavoda.

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

Članak 98.

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

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

Članak 99.

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

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

Skupština mora prije donošenja odluke o razrješenju obavijestiti ravnatelja o razlozima

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

Članak 100.

Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja.

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

Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

Članak 101.

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

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

Članak 102.

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

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

Članak 103.

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

Članak 104

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

Članak 105.

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

3. Nadzor nad radom Zavoda

Članak 106.

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

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

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

Članak 107.

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

Članak 108.

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

VIII. OSTVARIVANJE PRAVA I OBVEZA IZ OBVEZNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 109.

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

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

Status osigurane osobe dokazuje se posebnom ispravom.

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

Članak 110.

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

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

Osobi za koju obveznik plaćanja doprinosa ne podnese prijavu, odnosno odjavu s obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod će donijeti rješenje o stjecanju odnosno prestanku statusa osigurane osobe sukladno općem aktu Zavoda.

Članak 111.

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

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

Članak 112.

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

Opći akt o načinu prijavljivanja i odjavljivanja osigurane osobe iz stavka 1. ovoga članka, te načinu utvrđivanja i kontrole okolnosti koje su osnova za stjecanje statusa osigurane osobe donijet će Zavod.

Članak 113.

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

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

Članak 114.

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

Drugostupanjsko rješenje Zavoda je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred Upravnim sudom Republike Hrvatske.

Članak 115.

O pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja rješava:

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

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

Članak 116.

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

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

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

Članak 117.

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

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

IX. NAKNADA ŠTETE

Članak 118.

Osigurana osoba obvezna je Zavodu naknaditi štetu:

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

Članak 119.

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

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

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

Članak 120.

Osigurana osoba kojoj je iz sredstava Zavoda isplaćen novčani iznos na koji nije imala pravo, obvezna je vratiti primljeni iznos uvećan za zakonsku zateznu kamatu.

Članak 121.

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

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

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

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

Članak 122.

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

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

Članak 123.

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

Članak 124.

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

Članak 125.

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

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

Članak 126.

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

Članak 127.

Naknada štete koju Zavod ima pravo zahtijevati u slučajevima iz članka 118., 119., 121. do 126., ovoga Zakona obuhvaća troškove za zdravstvene i druge usluge te iznose novčanih naknada i drugih davanja koje plaća Zavod.

Članak 128.

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

Članak 129.

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

Članak 130.

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

Rokovi zastare tražbina naknade štete u smislu odredbi ovoga Zakona, počinju teći:

- u slučajevima iz članka 118. i članka 121. stavka 1. ovoga Zakona, od dana pravomoćnosti rješenja kojim je utvrđeno da isplaćeno primanje nije pripadalo ili je pripadalo u manjem opsegu;
- u slučajevima iz članka 119. i 122. ovoga Zakona od dana kada je postalo ovršnim rješenje kojim je priznato pravo na primanje iz sredstava Zavoda,
- u ostalim slučajevima kada se zahtijeva naknada za pojedina isplaćena davanja iz članka 126. ovoga Zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

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

Članak 131.

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

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

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

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

X. KAZNE NE ODREDBE

Članak 132.

Fizička osoba – obveznik plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i odgovorna osoba u pravnoj osobi – obvezniku 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 kaznit će se za kazneno djelo kaznom zatvora od šest mjeseci do godine dana.

Članak 133.

Novčanom kaznom 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.

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

Članak 134.

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

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

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

Članak 135.

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

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

Članak 136.

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

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

Članak 137.

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 otputuje iz mjesta prebivališta ili ako zlorabi pravo na korištenje bolovanja na neki drugi način (članak 44.),
- ako je ostvarila pravo na naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja, a nije imala pravne osnove (članak 53.),
- ako koristi ispravu kojom se dokazuje status osigurane osobe na način protivan odredbama ovoga Zakona i propisa donesenih na temelju ovoga Zakona (članak 109.).

XI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 138.

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

Članak 139.

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

Članak 140.

Do stupanja na snagu propisa iz članka 138. i 139. ovoga Zakona ostaju na snazi:

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

4. Pravilnik o sastavu, ovlastima i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 76/02. i 73/03.),
5. Pravilnik o načinu propisivanja, izdavanja i naplaćivanja lijekova ("Narodne novine", broj 155/05. i 24/06.),
6. Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalima ("Narodne novine", broj 93/03.-pročišćeni tekst, 158/03. i 74/04.),
7. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala („Narodne novine“, broj 25/05., 41/05., 88/05., 125/05., 155/05. i 24/06.),
8. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za 2006. godinu ("Narodne novine", broj 155/05.),
9. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu ("Narodne novine", broj 76/02., 43/03., 198/03., 30/05., 155/05., 12/06.-pročišćeni tekst i 24/06.),
10. Pravilnik o načinu prijavljivanja i odjavljivanja, te trajanju statusa osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz osnovnog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 28/02., 43/03. i 51/05.),
11. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za provođenje zdravstvene njege u kući ("Narodne novine" broj 76/02.),
12. Pravilnik o rokovima najduljeg trajanja bolovanja ovisno o vrsti bolesti ("Narodne novine", broj 5/03.),
13. Pravilnik o načinu obavljanja kontrole poslovanja ugovornih subjekata i ustrojstvenih jedinica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 32/03.),
14. Odluka o utvrđivanju Liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 05/05., 19/05., 51/05., 62/05., 90/05., 116/05., 155/05. i 24/06.),
15. Odluka o sadržaju i obliku isprave kojom se dokazuje status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz osnovnog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 28/02., 11/03., 158/03., 161/04., 51/05. i 155/05.),
16. Odluka o maksimalnom trajanju postupaka zdravstvene njege u kući ("Narodne novine" broj 73/99.),
17. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za 2006. godinu ("Narodne novine", broj 26/06.),
18. Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja za 2006. godinu ("Narodne novine", broj 26/06.),
19. Odluka o utvrđivanju cijene rada i materijala zubotehničara za izradu stomatološko-protetskih pomagala, ortodontskih uređaja, udlaga, resekcijskih proteza, epiteza i opturatora za osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 26/06.),
20. Odluka o utvrđivanju Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima – vremenski i kadrovski normativi ("Narodne novine", broj 15/92., 29/93., 65/93., 31/95., 73/99., 3/00., 18/00., 118/01., 44/02., 76/02., 85/02., 92/02., 130/02., 151/02., 11/03., 32/03., 43/03., 203/03., 30/05. i 88/05.),
21. Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za održavanje za osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi ("Narodne novine", broj 39/02.).

Članak 141.

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

Članak 142.

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

Članak 143.

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

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

Članak 144.

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

Članak 145.

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

Članak 146.

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

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

na redovitom školovanju i nezaposlene majke korisnice invalidske mirovine zbog profesionalne nesposobnosti za rad, odnosno pomoć za opremu novorođenog djeteta.

Članak 147.

Odredbe članka 12. i 13., članka 17. stavka 2. točke 1. podstavka 22., članka 20., članka 34. stavka 2., članka 38. stavka 2. točke 1., članka 39. stavka 2., članka 44. točke 4., članka 70., 71. i članka 73. podstavka 2. te članka 91. stavka 6. podstavka 2. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 30/04., 177/04. i 90/05.) koje se odnose na ozljede na radu i profesionalne bolesti, Pravilnik o uvjetima i postupku ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja s osnove ozljede na radu i profesionalne bolesti ("Narodne novine", broj 32/03.) i Pravilnik o pravu obveznika uplate doprinosa na povrat dijela posebnog doprinosa za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti ("Narodne novine", broj 167/03.) ostaju na snazi do dana stupanja na snagu propisa donesenih na temelju posebnog zakona kojim će se urediti obvezno zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu.

Članak 148.

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

Članak 149.

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

O B R A Z L O Ž E N J E

Uz članke 1. – 2.

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

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

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

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

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

Uz članke 3. – 12.

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

Uz članak 13.

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

Uz članke 14. – 27.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih bolesti te za stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici za osobe iznad 70 godina starosti predviđeno je plaćanje Zavoda u visini 75% njihove cijene.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doplata je prihod ugovornih subjekata Zavoda.

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

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

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

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

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

Uz članak 28.

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

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

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

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

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

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

Uz članke 29. – 56.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Članak 45. zakonskog prijedloga uređuje osnovicu za naknadu plaće.

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

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

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

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

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

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

Uz članke 57. – 71.

Navedenim člancima zakonskog prijedloga uređuje se financiranje obveznog zdravstvenog osiguranja.

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

Prema članku 58. zakonskog prijedloga izdaci obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaćaju izdatke za: zdravstvenu zaštitu, naknade plaća do 12 mjeseci neprekidnog bolovanja, novčane naknade zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi dohoci sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja, naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, provedbu obveznog zdravstvenog osiguranja, rad tijela upravljanja Zavodom te ostale izdatke.

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

Uz članke 72. – 83.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Člancima 81. – 83. zakonskoga prijedloga uređuje se nadzor poslovanja ugovorenih subjekata i Zavoda.

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

Uz članke 84. – 108.

Odredbama ovih članaka određuje se nadležnost i ustrojstvo Zavoda.

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

Kao tijelo upravljanja Zavodom ovim se zakonskim prijedlogom određuje Skupština.

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

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

Na statut Zavoda suglasnost daje Vlada Republike Hrvatske.

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

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

Članove Upravnog vijeća na temelju javnog poziva imenuje Skupština Zavoda.

Upravno vijeće:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uz članke 109. – 117.

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

Uz članke 118. - 131.

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

Uz članke 132. – 137.

Navedeni članci sadrže kaznene odredbe.

Člankom 132. zakonskoga prijedloga propisuje se kazneno djelo neplaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje.

Propisuje se da će se fizička osoba – obveznik plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i odgovorna osoba u pravnoj osobi – obvezniku 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 kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

Člancima 133. – 137. zakonskoga prijedloga propisuju se prekršaji i novčane kazne za te prekršaje zbog povreda odredaba ovoga Zakona.

Uz članke 138. – 148.

Ovi članci sadrže prijelazne i završne odredbe.

Uz članak 149.

Ovim člankom određuje se dan stupanja na snagu ovoga Zakona.