

REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

PRIJEDLOG ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA

Zagreb, prosinac 2008.

PRIJEDLOG ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

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

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

Nacionalna strategija razvitka zdravstva koju je Hrvatski sabor donio 2006. godine predstavlja osnovnu odrednicu za provedbu opsežne i nužne reforme zdravstvenog sustava.

Sveobuhvatna reforma zdravstvenog sustava obuhvaća reformu sustava zdravstva, reformu sustava financiranja zdravstva i reformu sustava javne zdravstvene službe.

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 obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 85/06., 105/06., 118/06., 77/07., 111/07. i 35/08.) 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).

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 doveo je do deficita koji su se povremeno pokrivali iz državnog proračuna.

Uočivši potrebu za jačanje fiskalne discipline u zdravstvenom sustavu, a da bi umanjila godišnji deficit koji ima negativan utjecaj, kako na zdravstveni sustav, tako i na fiskalnu situaciju u cjelini, Vlada Republike Hrvatske je počev od 2004. godine uvela mjere koje imaju za cilj povećati izvore prihoda (prihodi iz privatnih izvora: doplata, dobrovoljna osiguranja), ojačati fiskalnu disciplinu i upravljanje sredstvima (financijska odgovornost osnivača zdravstvene ustanove za negativan financijski rezultat poslovanja), ograničiti troškove od strane dobavljača (objedinjena nabava) te reformom ograničiti troškove plaćanja davateljima usluga.

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 sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite,
3. financijskom stabilizacijom sustava uravnotežiti prihode i rashode 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. racionalizirati nabavu i korištenje dijagnostičke opreme u skladu sa kategorizacijom i akreditacijom bolnica te definiranim kliničkim smjernicama,
5. izradom algoritama dijagnostičkih i terapijskih postupaka te standardizacijom medicinskih postupaka postići veću učinkovitost i kvalitetu te time i racionalizaciju poslovanja,
6. mjerama na području farmakoeonomike 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 obveznim zdravstvenim osiguranjem te posebno vodeći računa o socijalno osjetljivim skupinama stanovništva, ovim se zakonskim prijedlogom uređuju sljedeća pitanja:

- **Izmjene postojećeg sustava direktnog plaćanja korisnika**

Važeći Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju kao izvore financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja određuje doprinose osiguranika, doprinose poslodavaca, doprinose drugih obveznika plaćanja doprinosa, posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, prihode iz državnog proračuna, prihode od doplata, prihode od dividendi, kamata i drugih prihoda.

Navedenim prihodima financiraju se izdaci obveznoga zdravstvenog osiguranja koji obuhvaćaju zdravstvenu zaštitu, naknade plaća zbog bolovanja, 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, naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te provedbu obveznoga zdravstvenog osiguranja i ostale izdatke.

Važećim Zakonom uređeno je 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 se u cijelosti financiraju na teret sredstava Zavoda, radi unapređivanja i očuvanja zdravstvenog stanja stanovništva Republike Hrvatske, naglasak je na preventivnoj i primarnoj zdravstvenoj zaštiti. 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 imunoprofilakse i kemoprofilakse, preventivna i kurativna zdravstvena zaštita u svezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima, cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti, zdravstvena zaštita u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, bolnička zdravstvena zaštita za kronične psihijatrijske bolesnike, izvanbolnička hitna medicinska pomoć, kućne posjete i kućno liječenje, te patronažna zdravstvena skrb, sanitetski prijevoz posebnih kategorija bolesnika, lijekova s osnovne liste lijekova propisane na recept i zdravstvenu njegu u kući bolesnika.

U cijelosti se iz obveznog zdravstvenog osiguranja plaća i cjelokupna zdravstvena zaštita djece do navršene 18. godine života i djece iz članka 10. stavka 5. i 6. Zakona, preventivna i specifična zdravstvena zaštita školske djece i studenata, zdravstvena zaštita žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda.

Zakonom se uređuje da osigurana osoba obvezno osobno sudjeluje u troškovima zdravstvene zaštite (iznos troškova zdravstvene zaštite koje Zavod ne pokriva u cijelosti) ili putem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu s posebnim zakonom.

Uređuje se obveza osiguranih osoba za sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotka proračunske osnovice i to za:

1. laboratorijsku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite - 0,45% proračunske osnovice,
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
3. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
4. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda - 1,50% proračunske osnovice,
5. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalna medicina i rehabilitacija u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,
6. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
7. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
8. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07 proračunske osnovice,
9. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih od 65 godina – 15,03 proračunske osnovice.

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

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

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

- **Osiguravanje sredstava za premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje iz državnog proračuna**

Sukladno važećem Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju dopunsko zdravstveno osiguranje jest osiguranje kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (doplata).

Izmjenama i dopunama važećeg Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se upućuje u postupak donošenja usporedno s ovim zakonskim prijedlogom predlaže se da se

sredstva za premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osiguravaju iz državnog proračuna za sljedeće kategorije osiguranih osoba:

- nezaposlene osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj prijavljene u evidenciju nezaposlenih osoba pri Hrvatskom zavodu za zapošljavanje,

- učenike srednjih škola i redovite studente visokih učilišta koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište, odnosno boravište u Republici Hrvatskoj, a nisu zdravstveno osigurani kao članovi obitelji osiguranika,

- osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj koje su prema propisima o školovanju Republike Hrvatske izgubile status učenika, odnosno redovitog studenta i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi i ako se vode u evidenciji nezaposlenih osoba pri Hrvatskom zavodu za zapošljavanje,

- supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi i ako se vodi u evidenciji nezaposlenih osoba pri Hrvatskom zavodu za zapošljavanje,

- osobe 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,

- hrvatski branitelji iz Domovinskog rata ako se vode u evidenciji nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

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

- 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,

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

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

- osobe kojima je priznat status azilanta u Republici Hrvatskoj,

- osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje su nesposobne za samostalan život i rad i nemaju sredstava za uzdržavanje,

- 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 a navršili su 65 godina života,

- 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,

- osigurane 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,

- osigurane osobe dobrovoljne davatelje krvi s preko 35 davanja (muškarci), odnosno s preko 25 davanja (žene),

- osigurane osobe redovne učenike i redovne studente starije od 18 godine,

- osigurane osobe - članove obitelji zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata,

- osigurane osobe - hrvatske branitelje iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30%,

- osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi zakonom utvrđeni iznos. Predlaže se da osigurane osobe ostvaruju pravo na plaćanje premije iz sredstava državnog proračuna ako im ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 45,59% proračunske osnovice (prihodovni cenzus), a za osiguranike – umirovljenike samce, ako im prihodovni cenzus u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 58,31% proračunske osnovice.

Sukladno navedenom sve osobe koje su po važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju oslobođene od plaćanja doplate neće sudjelovati u plaćanju troškova

zdravstvene zaštite već će za te osobe državni proračun pokrivati sredstva premije za dopunsko zdravstveno osiguranje koje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVEDBU PREDLOŽENOG ZAKONA

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje financira zdravstvenu zaštitu i novčane naknade te prema važećim zakonskim rješenjima u smislu izvora financiranja nema uravnotežene prihode i rashode, što bi u konačnici koncem 2009.godine rezultiralo nedostatkom sredstava za pokriće rashoda s cca 4 milijarde kuna.

U nastavku slijedi tablični prikaz nedostatnih sredstava:

Šifra	Naziv pozicije	Nedostatna sredstva na dan 31.12.2009.g u kn
10015	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	4.010.758.000
P1294	NAKNADE ZA BOLOVANJA I DRUGE ISPLATE OSIGURANICIMA	640.000.000
A690016	REDOVNI RODILJNI DOPUST	100.000.000
A690005	ORTOPEDSKI UREĐAJI I POMAGALA	258.000.000
A690001	PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA - UGOVOR	50.000.000
A690087	HITNA MEDICINSKA POMOĆ I SANITETSKI PRIJEVOZ	100.000.000
A690084	ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI	5.000.000
A690034	CJEPIVO	5.000.000
A690036	HITNA POMOĆ NA DRŽAVNIM CESTAMA	1.000.000
A690052	PRIPRAVNIČKI STAŽ ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE	25.000.000
A690054	SPECIJALIZACIJE	10.000.000
A690055	ZDRAVSTVENA ZAŠTITA OSOBA ČIJE JE PREBIVALIŠTE NEPOZNATO	8.000.000
A690019	BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	32.000.000

A690085	<i>TRANSFUZIJSKA MEDICINA</i>	25.000.000
A690069	<i>INTERVENCIJSKA KARDIOLOGIJA</i>	16.000.000
A 690079	<i>INTERVENCIJSKA NEUROLOGIJA</i>	9.000.000
A690066	<i>UMJETNE PUŽNICE</i>	1.000.000
A690064	<i>POSEBNO SKUPI LIJEKOVI</i>	260.000.000
A690062	<i>EKSPLANTACIJE U BOLNICAMA</i>	4.500.000
A690070	<i>TRANSPLATACIJE U BOLNICAMA</i>	37.000.000
A690060	<i>ZDRAVSTVENA ZAŠTITA HRVATSKIH DRŽAVLJANA S PREBIVALIŠTEM U B i H</i>	5.000.000
A690053	<i>SPECIJALISTIČKO KONZILIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA- IZVANBOLNIČKA I STACIONAR U DOMU ZDRAVLJA</i>	175.000.000
A 690082	<i>LIJEČENJE U INOZEMSTVU</i>	10.000.000
A690077	<i>NAKNADE GRAĐANIMA I KUĆANSTVIMA TEMELJEM OSIGURANJA - INOZEMSTVO</i>	44.000.000
A690056	<i>PROGRAMI VEZANI ZA UNAPRIJEĐENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE</i>	1.000.000
P1415	<i>LIJEKOVI NA RECEPTE</i>	2.189.258.000

Uključivanjem dodatnih izvora financiranja za očekivati je da bi se krajem 2009. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje doveo u financijsku ravnotežu prihoda i rashoda.

Budući da bolničke zdravstvene ustanove također imaju nedostatak sredstava u smislu podmirivanja obveza prema svojim dobavljačima (prvenstveno za lijekove i potrošni medicinski materijal) koja iznose cca 1,66 milijardi kuna, za očekivati je da se i taj dio zdravstvenog sustava krajem 2009.godine stabilizira, odnosno da se financijske obveze smanje za cca 500 milijuna kuna.

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

U cilju osiguranja osnove za što bržom financijskom stabilizacijom sustava zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj ocjenjuje se da postoje osobito opravdani državni razlozi za donošenje ovoga Zakona po hitnom postupku u smislu odredbe članka 159. Poslovnika Hrvatskog sabora ("Narodne novine", br. 71/00, 129/00, 117/01, 6/02 – pročišćeni tekst, 41/02, 91/03 i 58/04).

KONAČNI PRIJEDLOG ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

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

Članak 2.

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

Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti, na način i pod uvjetima utvrđenim ovim Zakonom te propisima donesenim na temelju ovoga Zakona.

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

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, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

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

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

Članak 4.

Na obvezno zdravstveno osiguranje prema odredbama ovog Zakona obvezno se osiguravaju i stranci s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, a temeljem radnog odnosa kod poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj, odnosno temeljem obavljanja gospodarske, odnosno profesionalne djelatnosti u Republici Hrvatskoj, ako su ispunjeni uvjeti prema posebnim propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u Republici Hrvatskoj i ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

Članak 5.

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 6.

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

1. osobe u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj,

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

3. osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj zaposlene u inozemstvu kod stranog poslodavca koje nemaju zdravstveno osiguranje stranog nositelja zdravstvenog osiguranja, odnosno koje nisu obvezno osigurane prema inozemnim propisima na način kako je to određeno međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju,

4. članovi uprave trgovačkih društava ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada,

5. osobe koje se nakon završenog obrazovanja stručno osposobljavaju bez zasnivanja radnog odnosa sukladno Zakonu o radu (volonterski rad),

6. osobe koje na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačenih djelatnosti, osobe koje samostalno u obliku slobodnog zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost te osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju djelatnost

poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje, ako su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit, a nisu osigurane po osnovi rada,

7. poljoprivrednici koji u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje ako su vlasnici, posjednici ili zakupci te ako nisu obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i nisu zdravstveno osigurani po osnovi rada,

8. svećenici i drugi vjerski službenici vjerske zajednice, koja je upisana u evidenciju vjerskih zajednica koju vodi nadležno državno tijelo, ako nisu osigurani po osnovi rada,

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

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

11. osobe koje su u vrijeme prestanka radnog odnosa zatečene u korištenju prava na naknadu plaće za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, prema prijavi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu,

12. nezaposlene osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi, ako su se prijavile u evidenciju nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje:

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

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

c) u roku od 30 dana od otpuštanja iz ustanove za izvršenje kaznenih i prekršajnih sankcija, iz zdravstvene ili druge specijalizirane ustanove, ako je bila primijenjena sigurnosna mjera obveznoga psihijatrijskog liječenja ili obveznoga liječenja od ovisnosti u zdravstvenoj ustanovi,

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

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

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

13. učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište, odnosno boravište u Republici Hrvatskoj, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, a nisu zdravstveno osigurani kao članovi obitelji osiguranika, s time da to pravo mogu koristiti najduže do isteka školske godine u kojoj su završili redovito školovanje,

14. osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj koje su prema propisima o školovanju Republike Hrvatske izgubile status učenika, odnosno redovitog studenta ako su se prijavile u evidenciju nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje u roku od 30 dana od dana gubitka statusa učenika ili redovitog studenta i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

15. supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako se je u evidenciju nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje prijavio u roku od 30 dana od smrti supružnika, a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi,

16. osobe s prebivalištem te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog ili civilnog invalida rata i mirnodopskog vojnog invalida, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine sukladno Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

17. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata ako se vode u evidenciji nezaposlenih osoba kod Hrvatskog zavoda za zapošljavanje i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

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

19. osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj koje su bile korisnici zdravstvene zaštite po Zakonu o osnovnim pravima vojnih invalida i obitelji palih boraca ("Narodne novine", br. 53/91.), Zakonu o invalidskom dodatku i drugim pravima vojnih invalida ("Narodne novine", br. 75/85., 55/86. i 57/89.), Zakonu o zaštiti boraca narodnooslobodilačkog rata ("Narodne novine", br. 57/85., 55/86. i 57/89.), Zakonu o zaštiti žrtava fašističkog terora i građanskih žrtava rata ("Narodne novine", br. 57/85., 55/86., 27/88. i 57/89.), Zakonu o posebnoj novčanoj naknadi borcima narodnooslobodilačkog rata i predratnim revolucionarima ("Narodne novine", br. 52/78., 48/80., 20/86. i 27/88.) i po Uredbi o zaštiti žrtava rata za obranu Republike Hrvatske i njihovih obitelji ("Narodne novine", br. 52/91.) ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Osobe iz stavka 1. točke 12., 14., 15. i 17. ovog članka stječu status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje koju podnosi Hrvatski zavod za zapošljavanje i taj status zadržavaju sve dok se vode u evidenciji nezaposlenih osoba, odnosno do odjave Hrvatskog zavoda za zapošljavanje ili do stjecanja statusa prema nekoj drugoj osnovi utvrđenoj ovim Zakonom.

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

Članak 7.

Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u opsegu u kojem pripadaju osiguranicima, ako ovim Zakonom nije drukčije određeno, imaju i osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom 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 8.

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 6. 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 9.

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

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

Osobe iz stavka 1. točke 3. i stavka 2. ovog članka stječu status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje koju podnosi Hrvatski zavod za zapošljavanje i taj status zadržavaju sve dok se vode u evidenciji nezaposlenih osoba, odnosno do odjave Hrvatskog zavoda za zapošljavanje ili do stjecanja statusa prema nekoj drugoj osnovi utvrđenoj ovim Zakonom.

Članak 10.

Djeca osiguranika iz članka 8. stavka 1. točke 2. ovoga Zakona zadržavaju status člana obitelji osiguranika i nakon navršene 18. godine života ako su na redovitom srednjem, odnosno visokom obrazovanju prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj, do kraja redovitog obrazovanja, odnosno najduže do navršene 26. godine života.

Pod redovitim obrazovanjem u smislu stavka 1. ovog članka 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.

Djeca osiguranika iz stavka 3. ovoga članka produžava se pravo na obvezno zdravstveno osiguranje za vrijeme nastavka redovitog obrazovanja za onoliko vremena koliko je trajao prekid redovitog obrazovanja.

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

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

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

3. DRUGE OSIGURANE OSOBE

Članak 11.

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 6. do 10. i člancima 12. i 13. 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 na najnižu osnovicu za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje od dana prestanka ranijeg statusa osigurane osobe, a najdulje za razdoblje od 12 mjeseci.

Članak 12.

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 8. ovoga Zakona.

Članak 13.

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

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

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

IV. PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 14.

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 15.

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 i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (u daljnjem

tekstu: ugovorni subjekti Zavoda) na način i pod uvjetima koji su utvrđeni ovim zakonom i općim aktima Zavoda.

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

Članak 16.

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

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

1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djeci do navršene 18. godine života i djeci iz članka 10. stavka 5. i 6. ovoga Zakona,
2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
3. zdravstvenu zaštitu žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda,
4. preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja,
5. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,
6. bolničku zdravstvenu zaštitu za kronične psihijatrijske bolesnike,
7. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti,
8. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu,
9. zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja,
10. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć,
11. kućne posjete i kućno liječenje,
12. patronažnu zdravstvenu skrb,
13. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo,
14. lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept,
15. zdravstvenu njegu u kući bolesnika.

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

1. laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite - 0,45% proračunske osnovice,
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,

3. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
4. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda - 1,50% proračunske osnovice,
5. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalna medicina i rehabilitacija u kući – 0,75%proračunske osnovice po danu,
6. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
7. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
8. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07 proračunske osnovice,
9. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih od 65 godina – 15,03 proračunske osnovice.

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

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

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

Članak 17.

Osnovna i dopunska lista lijekova Zavoda iz članka 15. stavka 1. točke 4. ovoga Zakona sadrži lijekove koji imaju odobrenje za stavljanje u promet u Republici Hrvatskoj.

Liste lijekova Zavoda iz stavka 1. ovoga članka sadrže lijekove prema šifri 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 medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti. Referentna cijena lijekova (cijena koju Zavod plaća iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini najniže cijene koja garantira opskrbu osiguranih osoba Zavoda) utvrđuje se u postupku javnog nadmetanja prema posebnim propisima.

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

Dopunska lista lijekova Zavoda osim pune cijene lijeka obvezno sadrži iznos sudjelovanja u cijeni lijeka koju osigurava osigurana osoba Zavoda neposredno ili putem dopuskoga zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

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

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

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

Članak 18.

Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, pod uvjetima i na način propisan općim aktima Zavoda.

Iznimno, osigurana osoba kod koje liječenje iz medicinskih razloga nije moguće provoditi lijekovima utvrđenim osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, može ostvariti pravo na lijek koji nije utvrđen tim listama lijekova, pod uvjetom da je potrebu korištenja lijeka odobrilo povjerenstvo za lijekove bolnice u kojoj se osigurana osoba liječi i to na teret sredstava bolničke zdravstvene ustanove koja je obvezna osigurati nabavu lijeka.

Članak 19.

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 20.

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 ugovornim zdravstvenim ustanovama 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 21.

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 22.

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

- razliku za povećane troškove liječenja koji su posljedica osobne želje osigurane osobe zbog 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 zdravstvenoga osiguranja,
- zdravstvenu zaštitu koju na temelju zakona i drugih propisa osiguravaju poslodavci ili jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave,
- zaštitu zdravlja na radu.

Članak 23.

Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 16. stavka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. ovoga Zakona.

Osigurana osoba troškove zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka plaća osobno prilikom korištenja zdravstvene zaštite ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Sredstva ostvarena sudjelovanjem osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 16. stavka 3. i članka 17. stavka 5. ovog Zakona prihod su ugovornih subjekata Zavoda, ugovornih isporučitelja pomagala, odnosno inozemnih zdravstvenih ustanova u

kojima su osigurane osobe koristile zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 20. ovoga Zakona, a sredstva iz članka 16. stavka 4. prihod su Zavoda.

U troškovima zdravstvene zaštite iz članka 16. stavka 3. i 4. ovoga Zakona nisu obvezna sudjelovati djeca do navršene 18. godine života i djeca iz članka 10. stavka 5. i 6. ovoga Zakona za sve oblike zdravstvene zaštite u okviru utvrđenog standarda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

2. PRAVO NA NOVČANE NAKNADE

Članak 24.

Osiguranici u okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja imaju pravo na:

- naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite, odnosno drugih okolnosti iz članka 26. 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 obveznog zdravstvenog osiguranja.

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

PRAVO NA NAKNADU PLAĆE

Članak 25.

Pravo na naknadu plaće zbog privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad radi korištenja zdravstvene zaštite, odnosno drugih okolnosti iz članka 26. ovoga Zakona (u daljnjem tekstu: bolovanje) pripada osiguranicima iz članka 6. stavka 1. točke 1. – 4., točke 6., točke 8., točke 18. i točke 24. ovoga Zakona, ako posebnim propisom nije utvrđeno drukčije.

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 26. ovoga Zakona radi kojih je osiguranik spriječen izvršavati svoju obvezu rada u skladu s ugovorom o radu, drugim ugovorom ili aktom.

Članak 26.

Pravo na naknadu plaće pripada osiguraniku u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno drugih okolnosti utvrđenih ovim Zakonom, 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 izvan radnog vremena osiguranika,
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 roditeljnog dopusta i prava na rad s polovicom punog radnog vremena iz članka 15. stavka 2. i 3. Zakona o roditeljnim i roditeljskim potporama,
8. privremeno spriječen za rad zbog korištenja dopusta za slučaj smrti djeteta, u slučaju mrtvorodenog djeteta ili smrti djeteta za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta,
9. privremeno nesposoban za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu.

Članak 27.

Naknadu plaće u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz članka 26. točke 1. i 2. ovoga Zakona isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava:

1. pravna ili fizička osoba – poslodavac 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 - poslodavac za osiguranika radnika – invalida rada za prvih 7 dana bolovanja.

Članak 28.

Naknada plaće za vrijeme bolovanja iz članka 26. točke 3. do 8. ovoga Zakona isplaćuje se osiguraniku na teret sredstava Zavoda od prvog dana korištenja prava.

Naknadu plaće iz članka 26. točke 9. ovoga Zakona Zavod isplaćuje osiguraniku na teret sredstava državnog proračuna.

Naknadu plaće za vrijeme bolovanja iz članka 26. točke 1. i 2. ovoga Zakona od 43. dana, odnosno 8. dana bolovanja obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac, s time da je Zavod obavezan vratiti isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

Naknadu plaće za vrijeme bolovanja iz članka 26. točke 4. i 5. ovoga Zakona od prvog dana bolovanja obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac, s time da je Zavod obavezan vratiti isplaćenu naknadu u roku od 30 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

U slučaju kada pravna, odnosno fizička osoba nije u mogućnosti, iz razloga nelikvidnosti, isplatiti plaću, odnosno naknadu plaće u trajanju od najmanje tri kalendarska mjeseca, isplatu naknade plaće iz stavka 3. i 4. ovoga članka izvršit će Zavod.

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

Članak 29.

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

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

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

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

Članak 30.

U slučaju stečajnog postupka poslodavca naknadu plaće zbog bolovanja iz članka 26. točke 1. i 2., te točke 4. i 5. ovoga Zakona, kada se naknada plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda, osiguraniku isplaćuje Zavod.

Članak 31.

U slučaju kada osiguraniku pravna, odnosno fizička osoba - poslodavac 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 u roku od 30 dana sukladno obračunu koji je dostavio Zavod.

Članak 32.

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 da radi prema propisima o radu, ako ovim Zakonom nije drukčije propisano.

Članak 33.

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

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

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

Izabrani doktor dužan je prekinuti bolovanje osiguranika i prije roka utvrđenog propisom iz stavka 2. ovog članka, odnosno prije roka koji je utvrdilo nadležno liječničko povjerenstvo Zavoda ako utvrdi da se zdravstveno stanje osiguranika poboljšalo tako da može nastupiti na rad.

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

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

Članak 34.

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

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

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

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

Članak 35.

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

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

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

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

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

Obrada osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti tereti sredstva Zavoda samo u slučajevima kada je izabrani doktor medicine primarne zdravstvene

zaštite uputio osiguranika u skladu sa stavkom 2. ovog članka, odnosno po prijedlogu liječničkog povjerenstva Zavoda.

Članak 36.

Osiguranika, kod kojeg je nalazom, mišljenjem i ocjenom nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost zbog profesionalne nesposobnosti za rad, poslodavac je obavezan od prvog idućeg dana od donošenja navedene ocjene rasporediti na druge poslove i radne zadatke koji u skladu s tom ocjenom odgovaraju njegovoj preostaloj radnoj sposobnosti ili s njim sklopiti ugovor o radu u radnom vremenu koje odgovara osiguranikovo preostaloj radnoj sposobnosti, odnosno u radnom vremenu koji je manji od polovice punog radnog vremena.

Poslodavac koji ne postupi u skladu sa stavkom 1. ovoga članka obavezan je naknadu plaće za vrijeme bolovanja osiguraniku isplaćivati na teret svojih sredstava.

Osiguranik iz članka 6. stavka 1. točke 6., i 8., kod kojeg je nalazom, mišljenjem i ocjenom nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost zbog profesionalne nesposobnosti za rad nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme bolovanja.

Članak 37.

Osiguranik koji je ispunio uvjete za starosnu mirovinu u skladu s propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme bolovanja.

Članak 38.

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 koje je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu, pripada mu naknada plaće za navedeno bolovanje i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom sve dok ponovno ne bude radno sposoban, odnosno dok mu nalazom, mišljenjem i ocjenom nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja ne bude utvrđena invalidnost u skladu s člankom 35. ovog Zakona, a najduže do isteka roka ostvarivanja prava na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenog u članku 39. ovoga Zakona.

Za vrijeme bolovanja zbog bolesti i komplikacija u svezi s trudnoćom i porođajem, korištenja prava na rodiljni dopust i prava na rad s polovicom punog radnog vremena iz članka 26. točke 7. ovoga Zakona, te prava na dopust za slučaj smrti djeteta iz članka 26. točke 8. ovoga Zakona, osiguraniku koji koristi jedno od navedenih prava pripada pravo na naknadu plaće i po prestanku radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom do isteka korištenja istog prava.

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

Članak 39.

Osiguranik ima pravo na naknadu plaće za vrijeme bolovanja iz članka 26. točke 1. do 5. i točke 9. ovog Zakona u visini utvrđenoj u skladu s ovim Zakonom i općim aktima Zavoda najduže do isteka 15 mjeseci neprekidnog trajanja bolovanja, odnosno s prekidima za razdoblje od 18 mjeseci u protekle tri godine.

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 40.

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:

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

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

Članak 41.

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 i drugih propisa 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 6. 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 43. stavkom 1. ovoga Zakona.

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

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

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

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

Članak 42.

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 porodom,
3. za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta i prava na rad s polovicom punog radnog vremena iz članka 26. točke 7. ovog Zakona,
4. za vrijeme korištenja dopusta za slučaj smrti djeteta iz članka 26. točke 8. ovog Zakona,
5. za vrijeme njege oboljelog djeteta mlađeg od tri godine života,
6. za vrijeme bolovanja zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe,
7. 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%, osim naknade plaće iz stavka 2. točke 3. i 4. ovoga članka.

Članak 43.

Naknada plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda 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, obavljanja gospodarske djelatnosti ili obavljanja profesionalne djelatnosti samostalno u obliku zanimanja, odnosno na temelju primanja naknade plaće nakon prestanka radnog odnosa, odnosno prestanku obavljanja djelatnosti osobnim radom ostvarene prema ovom Zakonu od najmanje 12 mjeseci neprekidno ili 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine (prethodno osiguranje), ako posebnim propisom nije drukčije utvrđeno.

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.

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 44.

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 45.

Novčana naknada iz članka 44. 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 42. stavka 3. ovoga Zakona, a isplaćuje se od prvog dana korištenja prava na teret sredstava Zavoda, u trajanju najdulje šest mjeseci neprekidno.

Članak 46.

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

Članak 47.

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 7. stavku 2. ovoga Zakona, ostvaruje pravo na novčanu naknadu najviše 30 dana od dana prestanka statusa osiguranika.

Članak 48.

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 49.

Osigurana osoba u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga 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 ili kod ugovornog isporučitelja pomagala u mjestu koje je udaljeno više od 30 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 ili kod bližeg ugovornog isporučitelja pomagala.

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.

Osigurana osoba koja zdravstvenu zaštitu želi koristiti u drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse ili kod ugovornog isporučitelja pomagala na području Republike Hrvatske, a ne tamo gdje je upućena u skladu sa stavkom 2. ovog članka ima pravo ostvariti tu zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja, ali bez prava na naknadu troškova prijevoza i prava na sanitetski prijevoz.

Članak 50.

Zavod snosi troškove prijevoza umrle osigurane osobe koja je upućena na liječenje izvan mjesta prebivališta, odnosno boravka u skladu sa člankom 49. ovoga Zakona.

Zavod snosi troškove prijevoza umrle osigurane osobe do mjesta njezina prebivališta, ako je toj osobi izvršena eksplantacija organa u svrhu transplantacije izvan mjesta njezina prebivališta.

Članak 51.

Pravo na naknadu troškova prijevoza ima i jedna osoba određena za pratitelja osigurane osobe iz članka 49. 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 10. stavka 5. i 6. ovoga Zakona potrebna pratnja.

Članak 52.

Pod troškovima prijevoza iz članka 49. 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 53.

Prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja su:

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

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

Članak 54.

Izdaci obveznoga zdravstvenog osiguranja obuhvaćaju izdatke za:

- 1) zdravstvenu zaštitu,
- 2) naknade plaća zbog bolovanja,
- 3) 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,
- 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 55.

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

2. Doprinosi i obveznici doprinosa

Članak 56.

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

Članak 57.

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 58.

Sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje članova obitelji osiguranika iz članka 6. ovoga Zakona, osiguravaju se iz istih izvora sredstava iz kojih se osiguravaju sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje osiguranika, osim ako ovim Zakonom ili posebnim zakonom nije drukčije propisano.

Članak 59.

Poljoprivrednik iz članka 6. 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 60.

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

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

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

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

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

Članak 61.

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, tijela državne vlasti i druga nadležna tijela obvezni su Zavodu dostavljati podatke kojima raspolažu i o kojima vode službene evidencije potrebne za ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 62.

Osiguranicima iz članka 6. 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 6. stavka 1. točke 10. ovoga Zakona te članka 11. 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, osim prava 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 63.

Republika Hrvatska osigurava u državnom proračunu posebna sredstva za prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i to za:

1. sredstva za isplatu naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad iz članka 26. točke 9. 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 prosvjećivanje,

c) liječenje po posebnim propisima,

d) hitnu medicinsku pomoć na državnim cestama,

e) razliku u troškovima zdravstvene zaštite izazvane većim odstupanjem u organiziranju zdravstvene zaštite od propisanih normativa zbog demografskih karakteristika (otoci, gustoća naseljenosti),

f) osobe čije je prebivalište nepoznato,

g) osiguranike iz članka 6. točke 13., 16., 18., 19., 20., 25. i 26. ovoga Zakona,

h) osigurane osobe iz članka 13. ovoga Zakona,

i) osigurane osobe iz članka 59. ovoga Zakona,

j) međunarodne obveze na području zdravstvenog osiguranja.

4. Financijsko poslovanje Zavoda.

Članak 64.

Zavod ima poslovne fondove za:

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

Članak 65.

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 66.

Pričuva iz članka 65. 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 67.

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, ZDRAVSTVENIH RADNIKA U PRIVATNOJ PRAKSI I ISPORUČITELJA POMAGALA

1. Ugovaranje zdravstvene zaštite

Članak 68.

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 16. i 17. 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 mrežu javne zdravstvene službe te cijene zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 69.

Sukladno aktu iz članka 68. ovoga Zakona Zavod u skladu s utvrđenim potrebama za popunu mreže javne zdravstvene službe u pravilu svake treće godine objavljuje natječaj za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u djelatnostima na primarnoj, specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Na temelju ponuda za provođenje zdravstvene zaštite prema objavljenom natječaju, Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, donosi odluku o izboru najpovoljnijih ponuditelja.

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

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

Članak 70.

Sukladno odluci iz članka 69. stavka 2. ovoga Zakona, odnosno odluci arbitraže iz članka 69. stavka 4. ovoga Zakona Zavod sklapa ugovore za provođenje utvrđenog opsega prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 68. ovoga Zakona.

U slučaju da izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite zlorabi pravo iz članka 33. ovoga Zakona, Zavod će pokrenuti postupak raskida ugovora iz stavka 1. ovoga članka i o tome obavijestiti nadležnu komoru.

Članak 71.

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 70. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 72.

Ugovori se sklapaju najkasnije u roku 90 dana od dana donošenja odluke iz članka 69. 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 73.

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 74.

Do sklapanja novog ugovora iz članka 73. 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 75.

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

- iznosu cijena zdravstvene zaštite za prava na zdravstvenu zaštitu sukladno broju opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda prema općem aktu iz članka 68. ovoga Zakona, kao i popis postupaka sa utvrđenim cijenama za koje će izabrani doktor moći ispostavljati račune Zavodu do iznosa utvrđenog općim aktom Zavoda iz članka 68. ovoga Zakona,

- cijeni zdravstvene zaštite koje se priznaju za izvršene preventivne preglede opredijeljenih osiguranih osoba sukladno općem aktu Zavoda iz članka 68. 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 68. 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 68. 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 76.

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.

Članak 77.

Ugovaranje zdravstvene zaštite u dijelu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala u skladu s ovim Zakonom, Zakonom o medicinskim proizvodima i posebnim propisima utvrđuje Zavod općim aktom.

2. Nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda

Članak 78.

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

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

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

Postupkom nadzora iz stavka 1. ovoga članka posebno se nadzire da li izabrani doktor medicine, odnosno stomatologije ili zdravstveni radnik zaposlenik zdravstvene ustanove ili privatni zdravstveni radnik:

1. provodi mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja na svojoj razini zdravstvene djelatnosti utvrđene opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 16. i 17. ovoga Zakona,
2. primjenjuje pravila struke, a kod propisivanja terapije preporuke glede farmakoterapije, kliničke smjernice te načela farmakoekonomike vodeći računa o interakcijama i kontraindikacijama za pojedini slučaj,
3. postupa protivno odredbama ovoga Zakona, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugih zakona, posebnih propisa, podzakonskih akata te općih akata Zavoda,
4. zlorabi pravo iz članka 33. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 79.

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 80.

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

VII. HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 81.

Poslove obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđene ovim Zakonom obavlja Hrvatski zavod za 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 82.

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 opseg prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 16. ovoga Zakona,
- daje ministru nadležnom za zdravstvo mišljenje o osnivanju zdravstvenih ustanova i odobrenju rada zdravstvenih radnika u privatnoj praksi radi uključenja u mrežu javne zdravstvene službe,
- obavlja poslove ugovaranja s ugovornim subjektima Zavoda i ugovornim isporučiteljima pomagala,
- 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 obveznoga zdravstvenog osiguranja.

1. Ustrojstvo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

Članak 83.

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 84.

Središnja ustrojstvena jedinica Zavoda jest Direkcija, sa sjedištem u Zagrebu. Područne ustrojstvene jedinice Zavoda su područni uredi Zavoda.

Članak 85.

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 86.

Zavodom upravlja Upravno vijeće.

Upravno vijeće sastavljeno je od devet članova, koje imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo i to:

- 2 predstavnika osiguranih osoba Zavoda,
- 2 predstavnika davatelja zdravstvenih usluga – zdravstvena radnika,
- 3 predstavnika Gospodarsko-socijalnog vijeća,
- 1 predstavnik ministarstva nadležnog za zdravstvo,
- 1 predstavnik Zavoda.

Predsjednika Upravnog vijeća biraju njegovi članovi.

Mandat članova Upravnog vijeća traje četiri godine.

Upravno vijeće donosi odluke natpolovičnom većinom od ukupnog broja članova.

Djelokrug, ovlasti i odgovornost Upravnog vijeća utvrđuje se Statutom.

Članak 87.

Upravno vijeće obavlja sljedeće poslove:

1. donosi Statut Zavoda,
2. donosi financijski plan i završni račun Zavoda,
3. donosi mjere za uravnoteženje prihoda i rashoda kada je u poslovanju Zavoda u tromjesečnom razdoblju iskazan višak rashoda nad prihodima,
4. donosi odluke i opće akte, te obavlja i druge poslove određene ovim Zakonom i statutom Zavoda.

Na statut Zavoda suglasnost daje Vlada Republike Hrvatske.

Članak 88.

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 89.

Radom Zavoda rukovodi ravnatelj.

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

Ravnatelj Zavoda ima zamjenika i pomoćnike.

Članak 90.

Ravnatelj Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja.

Ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske, na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo.

Ravnatelj Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

Članak 91.

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 92.

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

Prijedlog za razrješenje ravnatelja prije isteka vremena na koje je imenovan Vladi Republike Hrvatske može podnijeti najmanje jedna trećina članova Upravnog vijeća i ministar nadležan za zdravstvo.

Članak 93.

Upravno vijeće je dužno predložiti ministru nadležnom za zdravstvo i Vladi Republike Hrvatske razrješenje 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 šestomjesečnom razdoblju iskazan višak rashoda nad prihodima,
- svojim nesavjesnim ili nezakinitim 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 Upravnog vijeća, odnosno postupi u protivnosti s njima.

Upravno vijeće mora prije donošenja odluke o prijedlogu za razrješenje obavijestiti ravnatelja o razlozima za razrješenje i dati mu mogućnost da se o njima pisano izjasni.

Članak 94.

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

Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja.

Zamjenika ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske, na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo.

Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

Članak 95.

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

Prijedlog za razrješanje zamjenika ravnatelja prije isteka vremena na koje je imenovan Vladi Republike Hrvatske može podnijeti ministar nadležan za zdravstvo, najmanje jedna trećina članova Upravnog vijeća i ravnatelj.

Članak 96.

Upravno vijeće dužno je predložiti ministru nadležnom za zdravstvo i Vladi Republike Hrvatske razrješanje zamjenika ravnatelja i prije isteka mandata za koji je izabran zbog razloga iz članka 93. ovoga Zakona.

Upravno vijeće mora prije donošenja odluke o prijedlogu za razrješanje obavijestiti zamjenika ravnatelja o razlozima za razrješanje i dati mu mogućnost da se o njima pisano izjasni.

Članak 97.

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

Članak 98.

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

Članak 99.

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 100.

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 101.

Ravnatelj Zavoda obvezan 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 102.

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 103.

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

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

Status osigurane osobe dokazuje se posebnom ispravom.

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

Članak 104.

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, prijava promjene u obveznom zdravstvenom osiguranju, te odjava s obveznog zdravstvenog osiguranja podnosi se u roku od 15 dana od dana nastanka, promjene ili prestanka 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 105.

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 103. 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 106.

Zavod ima pravo i obvezu po zaprimanju prijave na obvezno zdravstveno osiguranje kao i za sve vrijeme trajanja statusa osigurane osobe provjeravati postojanje okolnosti na osnovi kojih je prijava podnesena, odnosno na osnovi kojih je osobi priznao taj status.

Pravne i fizičke osobe, podnositelji prijave na obvezno zdravstveno osiguranje i osigurana osoba obvezni su na traženje Zavoda predložiti sve činjenice i dokaze kojima se dokazuje osnovanost prijave na obvezno zdravstveno osiguranje, odnosno valjanost važećeg statusa osigurane osobe.

Ako Zavod ne prihvati podnesenu prijavu ili utvrdi status osigurane osobe po nekoj drugoj osnovi, odnosno ospori status osiguranoj osobi u obveznom zdravstvenom osiguranju zbog nepostojanja okolnosti na osnovi kojih joj je taj status utvrđen o tome donosi rješenje koje dostavlja podnositelju prijave i zainteresiranoj osobi sukladno općem aktu Zavoda.

Opći akt o načinu prijavljivanja i odjavljivanja osigurane osobe te načinu utvrđivanja i kontrole okolnosti koje su osnova za stjecanje statusa osigurane donijet će Zavod.

Članak 107.

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 108.

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 109.

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 110.

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 111.

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 112.

Osigurana osoba obvezna je Zavodu naknaditi štetu:

- ako je ostvarila primanje iz sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno sredstava državnog proračuna 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 iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a znala je ili je morala znati za tu promjenu.

Članak 113.

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 - poslodavac.

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 114.

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 115.

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,
- ako je šteta nastala podnošenjem prijave na obvezno zdravstveno osiguranje temeljem zaključenog ugovora o radu čija svrha nije bila obavljanje poslova u skladu s tim ugovorom već isključivo ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

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 116.

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 117.

Zavod je obvezan zahtijevati naknadu prouzročene štete u slučajevima iz članka 113. 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 118.

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 s odredbama Zakona o osiguranju i međunarodnih ugovora.

Članak 119.

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 obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno državnog proračuna.

Članak 120.

Naknada štete koju Zavod ima pravo zahtijevati u slučajevima iz članka 112., 113., 115. do 119., ovoga Zakona obuhvaća troškove za zdravstvene i druge usluge te iznose novčanih naknada i drugih davanja koje plaća Zavod.

Članak 121.

Zdravstvena ustanova, privatni zdravstveni radnik i ugovorni isporučitelj pomagala 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 122.

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

Članak 123.

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 112. i članka 115. 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 113. i 116. 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 119. ovoga Zakona, od dana izvršene isplate svakog pojedinog davanja.

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

Članak 124.

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 125.

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.

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

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

Članak 126.

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 104. stavak 2.).

Novčanom kaznom iz stavka 1. ovog članka kaznit će se za prekršaj pravna osoba koja podnese prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje temeljem zaključenog ugovora o radu čija svrha nije bila obavljanje poslova u skladu s tim ugovorom već isključivo ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

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. i 2. 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 127.

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 31. stavak 2.).

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

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

Članak 128.

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 105.).

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 129.

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

- ako je svjesno prouzročila privremenu nesposobnost za rad, ako u roku od tri dana nakon početka bolesti ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite da je oboljela, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ju je u tome onemogućio, ako namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje, ako za vrijeme bolovanja radi, ako se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno liječničkog povjerenstva Zavoda, ako se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite otpuće iz mjesta prebivališta ili ako zlorabi pravo na korištenje bolovanja na neki drugi način (članak 40.),

- ako je ostvarila pravo na naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a nije imala pravne osnove (članak 49.),

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

XI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 130.

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 131.

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 132.

Do stupanja na snagu propisa iz članka 130. i 131. ovoga Zakona ostaju na snazi:

1. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 120/06., 136/06., 56/07., 80/07., 96/07. i 45/08.),

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", br. 41/07.),

3. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući ("Narodne novine", br. 26/96., 79/97., 31/99., 51/99., 73/99. 40/07., 46/07. – pročišćeni tekst i 64/08.),

4. Pravilnik o sastavu, ovlastima i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", br. 57/07. i 96/07.),

5. Pravilnik o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na recept ("Narodne novine", br. 120/06., 40/07., 112/07. i 134/07.),

6. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala ("Narodne novine", br. 25/05., 41/05., 88/05., 125/05., 155/05., 24/06., 36/06., 46/06., 88/06., 96/06., 112/06., 136/06., 48/07., 57/07., 80/07., 89/07. – pročišćeni tekst, 134/07., 11/08., 34/08., 79/08. i 128/08.),

7. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 142/06., 11/07., 80/07., 134/07., 34/08. i 129/08.)

8. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu ("Narodne novine", br. 80/07. i 85/07.)

9. Pravilnik o načinu prijavljivanja i odjavljivanja, te stjecanju statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", br. 31/07., 56/07., 96/07., 130/07. i 33/08.),

10. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe ("Narodne novine", br. 40/07.),

11. Pravilnik o rokovima najduljeg trajanja bolovanja ovisno o vrsti bolesti ("Narodne novine", br. 5/03.),

12. Pravilnik o ovlastima i načinu rada kontrolora Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", br. 80/07.),

13. Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za uzdržavanje za osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi ("Narodne novine", br. 39/02.).

14. Pravilnik o uvjetima za oslobađanje od plaćanja doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje poljoprivrednika starijih od 65 godine ("Narodne novine" br. 122/02.)

15. Odluka o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", br. 132/07., 134/07., 16/08., 33/08., 68/08., 90/08. i 134/08.),

16. Odluka o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine" br. 132/07., 134/07., 68/08. i 134/08.),

17. Odluka o sadržaju i obliku isprave kojom se dokazuje status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz osnovnog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 28/02., 11/03., 158/03., 161/04., 51/05. i 155/05.),

18. Odluka o utvrđivanju popisa posebno skupih lijekova utvrđenih Odlukom o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine" br. 13/07., 77/07., 96/07., 134/07., 64/08., 90/08. i 116/08.)

19. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 142/06., 143/06., 11/07., 41/07., 96/07., 117/07., 119/07., 134/07., 34/08., 45/08., 85/08., i 90/08.),

20. Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 142/06., 13/07., 34/08. i 45/08.),

21. Odluka o sadržaju i obliku isprave kojom se dokazuje status osigurane osobe ("Narodne novine" br. 4/07.)

22. Odluka o utvrđivanju Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima – vremenski i kadrovski normativi ("Narodne novine", br. 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., 88/05., 136/06., 16/07., 40/07., 57/07., 80/07., 84/07., 98/07., 111/07., 130/07., 54/08. i 85/08.).

23. Opći uvjeti ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" 11/07., 40/07., 117/07., 11/08., 21/08. i 45/08.)

Članak 133.

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

Članak 134.

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

Prihode iz članka 53. stavka 2. ovoga Zakona društva za osiguranje obračunavaju i izdvajaju na ugovore o osiguranju od automobilske odgovornosti sklopljene od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 135.

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.

Članak 136.

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 137.

Osigurane osobe Zavoda koje su pravo na oslobođanje od doplate ostvarile na temelju Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", br. 85/06., 105/06., 118/06., 77/07., 111/07. i 35/08.) zadržavaju to pravo i nakon stupanja na snagu ovoga Zakona do isteka važenja potvrde o pravu na oslobođanje od doplate, a najdulje do 30. lipnja 2009. godine.

Osigurane osobe iz stavka 1. ovoga članka imaju pravo za pokriće troškova zdravstvene zaštite iz članka 16. stavka 3. i 4. ovoga Zakona od 1. travnja 2009. godine osigurati se u dopunskom zdravstvenom osiguranju kod Zavoda u skladu sa odredbama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na teret sredstava državnog proračuna.

Članak 138.

Osiguranici Zavoda koji su status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju stekli u skladu s člankom 5. stavkom 1. točkom 10., 10.a, 12., 13. i 15. i člankom 8. stavkom 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", br. 85/06., 105/06.,

118/06., 77/07., 111/07. i 35/08.) obvezne su se u roku od tri mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona prijaviti u evidenciju nezaposlenih osoba pri Hrvatskom zavodu za zapošljavanje.

Istekom roka iz stavka 1. ovoga članka osiguranicima koji se nisu prijavili u evidenciju nezaposlenih osoba pri Hrvatskom zavodu za zapošljavanje i za koje Hrvatski zavod za zapošljavanje nije podnio prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje obvezni su se javiti Zavodu radi utvrđivanja statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju po drugim osnovama osiguranja utvrđenim ovim Zakonom za koje ispunjavaju zakonske uvjete.

Članak 139.

Prihode iz članka 53. stavka 2. ovoga Zakona društva za osiguranje obračunavaju i izdvajaju na ugovore o osiguranju od automobilske odgovornosti sklopljene od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 140.

Danom stupanja na snagu ovoga Zakona prestaju važiti Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", br. 85/06., 105/06., 118/06., 77/07., 111/07. i 35/08.) i Odluka o obliku, sadržaju i načinu izdavanja potvrde kojom se dokazuje pravo na oslobođanje od plaćanja doplate ("Narodne novine", br. 120/06.).

Članak 141.

Ovaj Zakon objavljuje se u "Narodnim novinama", a stupa na snagu 1. siječnja 2009. godine.

O B R A Z L O Ž E N J E

Uz članke 1. – 2.

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

Uređuje se da obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i na način i pod uvjetima utvrđenim ovim Zakonom te propisima donesenim na temelju ovoga Zakona.

Uz članke 3. – 5.

Navedeni članci sadrže odredbe o obveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Hrvatskoj. Na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim Zakonom obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

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

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

Na obvezno zdravstveno osiguranje prema odredbama ovog Zakona obvezno se osiguravaju i stranci s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, a temeljem radnog odnosa kod poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj, odnosno temeljem obavljanja gospodarske, odnosno profesionalne djelatnosti u Republici Hrvatskoj, ako su ispunjeni uvjeti prema posebnim propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u Republici Hrvatskoj i ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

Uz članke 6. – 13.

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 jednakosti, uzajamnosti i solidarnosti ostvaruje se i Ustavom Republike Hrvatske zajamčeno pravo svih osoba na zdravstvenu zaštitu (članak 58. Ustava Republike Hrvatske) u skladu sa zakonom.

Uz članak 14.

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

Uz članke 15. – 23.

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 Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima.

Uređuje se da osiguranim osobama Zavoda u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djeci do navršene 18. godine života i djece iz članka 10. stavka 5. i 6. Zakona, preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i redovnih studenata, zdravstvenu zaštitu žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda, 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, bolničku zdravstvenu zaštitu za kronične psihijatrijske bolesnike, cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti, hemodijalizu i peritonejsku dijalizu, zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć, kućne posjete i kućno liječenje, patronažnu zdravstvenu skrb, sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika, lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept i zdravstvenu njegu u kući bolesnika.

Uređuje se obveza osiguranih osoba za sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotka proračunske osnovice i to za:

- laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite - 0,45% proračunske osnovice,
- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,

- specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
- ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda - 1,50% proračunske osnovice,
- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalna medicina i rehabilitacija u kući – 0,75%proračunske osnovice po danu,
- liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
- troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
- stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07 proračunske osnovice,
- stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih od 65 godina – 15,03 proračunske osnovice.

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

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

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

Odredbom članka 19. 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 20. 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 22.) 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 zaštite zdravlja na radu.

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.

Odredbom članka 23. uređuje se sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite.

U troškovima zdravstvene zaštite nisu obvezna sudjelovati djeca do navršene 18. godine života.

Osigurana osoba troškove zdravstvene zaštite plaća osobno prilikom korištenja zdravstvene zaštite ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Uz članke 24. – 52.

Odredbama navedenih članaka određuju se novčane naknade na koje imaju pravo osiguranici u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja. To su naknade plaće za vrijeme bolovanja, 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 25. zakonskog prijedloga definira se bolovanje kao odsutnost s rada zbog bolesti ili ozljede, odnosno drugih okolnosti.

Člankom 26. ovoga zakonskog prijedloga određuju se slučajevi u kojima osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite.

Postupak i način ostvarivanja prava te visina naknade plaće za vrijeme bolovanja uređuje se člancima 33. – 43. zakonskoga prijedloga.

Člancima 44. do 48. 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 49. – 52. zakonskog prijedloga uređuju se pitanja naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članke 53. – 67.

Navedenim člancima zakonskog prijedloga uređuje se financiranje obveznog zdravstvenog osiguranja.

Člankom 53. zakonskog prijedloga uređuju se prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja, a člankom 58. izdaci obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članci 56. do 62. zakonskog prijedloga sadrže odredbe o doprinosima i obveznicima doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, a člankom 63. zakonskog prijedloga utvrđuju se troškovi koji se financiraju iz državnog proračuna.

Uz članke 68. – 80.

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

Prema članku 68. 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 mrežu javne zdravstvene službe.

Sukladno navedenom aktu, Zavod u pravilu svake treće godine objavljuje natječaj za sklapanje ugovora 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 69. do 73. zakonskog prijedloga.

Člancima 78. – 80. zakonskoga prijedloga uređuje se nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza ugovorenih subjekata i Zavoda.

Uz članke 81. – 102.

Odredbama ovih članaka određuje se nadležnost i ustrojstvo Zavoda.

Zavodom upravlja Upravno vijeće.

Upravno vijeće sastavljeno je od devet članova, koje imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo i to:

- 2 predstavnika osiguranih osoba Zavoda,
- 2 predstavnika davatelja zdravstvenih usluga – zdravstvena radnika,
- 3 predstavnika Gospodarsko-socijalnog vijeća,
- 1 predstavnik ministarstva nadležnog za zdravstvo,
- 1 predstavnik Zavoda.

Uz članke 103. – 111.

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

Uz članke 112. - 124.

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 125. – 129.

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

Uz članke 130. – 140.

Ovi članci sadrže prijelazne i završne odredbe.

Uz članak 141.

Ovim člankom određuje se dan stupanja na snagu ovoga Zakona.