

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

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje ovoga zakona sadržana je u članku 2. stavku 4. podstavku 1. Ustava Republike Hrvatske (Narodne novine, broj 85/2010 - pročišćeni tekst).

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

Hrvatski sabor je 21. lipnja 2013. godine donio novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, broj 80/2013 - u daljnjem tekstu: Zakon), kojim je cjelovito uređeno pitanje obveznoga zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba obvezno osiguranih prema Zakonu, uvjeti i način njihova ostvarivanja i financiranja, kao i prava i obveze nositelja obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

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

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

Ovim zakonskim prijedlogom, a s obzirom na poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) izvan državne riznice od 1. siječnja 2015. godine, na drugačiji se način, u odnosu na važeći Zakon, uređuje način odabira ugovornih subjekata Zavoda i način ugovaranja sa provoditeljima zdravstvene zaštite te način financiranja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Predlaže se novi način ugovaranja zdravstven zaštite te utvrđivanja potrebnog broja medicinskih usluga, odnosno provoditelja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koji obavljaju zdravstvenu djelatnost, odnosno privatnih zdravstvenih radnika) te raspisivanje natječaja za provođenje zdravstvene zaštite prema utvrđenom standardu prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a u skladu s osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima.

U skladu s ovim zakonskim prijedlogom Zavod utvrđuje potreban broj medicinskih usluga, odnosno provoditelja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te na temelju njega raspisuje natječaj za provođenje zdravstvene zaštite prema utvrđenom standardu prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Na taj način Zavod bi u cijelosti samostalno, u skladu s utvrđenom potrebom i uz uvažavanje načela dostupnosti

zdravstvene zaštite za osigurane osobe Zavoda na cijelom području Republike Hrvatske, vršio odabir proveditelja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja s kojima bi sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite prema utvrđenom standardu i raspoloživim sredstvima. Na taj način Zavod ne bi kao sada, u skladu s važećim Zakonom i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, bio u obvezi sklopiti ugovor sa svim provediteljima zdravstvene zaštite koji su uključeni u mrežu javno zdravstvene službe.

Temelj za utvrđivanje potrebnog broja proveditelja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja bio bi registar ministarstva nadležnog za zdravlje o provediteljima zdravstvene zaštite koji su zadovoljili sve propisane uvjete za obavljanje zdravstvene djelatnosti i dobili odobrenje za rad od Ministarstva zdravlja, u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i propisima donesenih osnovom toga Zakona.

Ugovorenim provediteljima zdravstvene zaštite plaćat će se izvršena usluga, odnosno plaćat će se računi samo za pruženu zdravstvenu zaštitu osiguranoj osobi prema općim aktom Zavoda utvrđenoj cijeni za svaku pojedinu izvršenu zdravstvenu uslugu.

Ovim zakonskim prijedlogom na drugačiji način se utvrđuje iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Iznos sudjelovanja utvrđuje se u rasponu od 5 do 20 % cijene zdravstvene zaštite s time da će iznose sudjelovanja zdravstvenih usluga utvrditi općim aktom Zavod.

U skladu s važećim Zakonom sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite utvrđeno je u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od Zakonom posebno utvrđenog postotka proračunske osnovice za svaki pojedini oblik zdravstvene zaštite koji podliježe obvezi sudjelovanja.

Zakonskim prijedlogom također se omogućava osiguranim osobama, da pod uvjetima pod kojima zdravstvenu zaštitu mogu koristiti u drugim državama članicama kod privatnih pružatelja zdravstvene zaštite sukladno Direktivi 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. godine (SL L 88, 4.4.2011.) o primjeni prava pacijenata u prekograničnom zdravstvenom osiguranju, zdravstvenu zaštitu mogu ostvariti i u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u Republici Hrvatskoj, uz uvjet prethodnog odobrenja Zavoda. Na taj način se osigurane osobe izjednačavaju u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj u odnosu na prava koja im se osigurava korištenjem prekogranične zdravstvene zaštite u skladu s Direktivom 2011/24/EU.

Ovim zakonskim prijedlogom također se uvodi mogućnost iznimnog upućivanja na liječenje u neugovorne zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj za liječenja koja se ne provode u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a mogu se uspješno provesti u tim neugovornim ustanovama.

Prema sadašnjoj zakonskoj regulativi u tim slučajevima osiguranu osobu se upućuje na liječenje u inozemstvo. Na taj način, u slučaju kad se potrebno liječenje može obaviti u Republici Hrvatskoj, osiguranu osobu bi se umjesto u inozemstvo uputilo u neugovornu zdravstvenu ustanovu u Republici Hrvatskoj čime bi se smanjili troškovi toga liječenja uključujući i popratne troškove.

Prijedlogom ovoga Zakona predlaže se, jednostavnosti radi, ponovno uvođenje liste lijekova, ortopedskih i drugih pomagala te dentalnih pomagala Zavoda bez naznake osnovna, dopunska ili dodatna. Važeći Zakon propisuje osnovnu i dopunsku listu lijekova, odnosno osnovnu i dodatnu listu ortopedskih i drugih pomagala te dentalnih pomagala. Na taj način omogućiti će se jednostavnije formiranje navedenih lista od strane Upravnog vijeća Zavoda, uz

slobodu da se formira jedna ili više lista lijekova, ortopedskih i drugih pomagala, odnosno dentalnih pomagala ovisno o poslovnoj odluci, raspoloživim, odnosno osiguranim sredstvima za tu vrstu zdravstvene zaštite i s tim u vezi utvrđenim standardima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenoga osiguranja za osigurane osobe.

Važećim Zakonom nije posebno uređeno pitanje imovine Zavoda kao samostalnog pravnog subjekta, a s obzirom da Zavod od 1. siječnja 2015. godine vodi svoje poslovanje izvan sustava državne riznice neophodno je zakonski urediti i pitanje mogućnosti ostvarivanja dodatnih sredstava kojim bi se povećala imovina Zavoda te koja bi bila usmjerena na održivost i unapređenje sustava obveznoga zdravstvenog osiguranja i prava osiguranih osoba Zavoda.

Stoga se zakonskim prijedlogom predlaže uređenje imovine Zavoda na način da se predviđa mogućnost od strane Zavoda osnivanje trgovačkih društava, društava za upravljanje fondovima, odnosno investicijskih društava, kreditnih i financijskih institucija i ustanova. Novčana sredstva (dobit) ostvarena poslovanjem navedenih pravnih osoba koristila bi unapređivanju sustava zdravstvenog osiguranja i prava osiguranih osoba Zavoda.

Na taj način Zavodu će se omogućiti da, osim sredstava na ime doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i sredstava iz državnog proračuna koja mu pripadaju sukladno važećim odredbama Zakona, ostvari dodatna financijska sredstva u svrhu postizanja financijske stabilnosti, njezine održivosti te s tim u vezi poboljšanje položaja osiguranih osoba u ostvarivanju prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Isto tako osigurao bi se i povoljniji položaj ugovornih subjekata Zavoda kao provoditelja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja vezano uz podmirenje obveza Zavoda prema njima u zakonom propisanim rokovima.

Ujedno je ovim zakonskim prijedlogom izvršeno terminološko usklađenje u odredbama Zakona sa novim Zakonom o mirovinskom osiguranju te usklađenje sa Zakonom o životnom partnerstvu osoba istog spola u dijelu koji se odnosi na stjecanje, odnosno zadržavanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju kao člana obitelji osiguranika.

III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVOĐENJE ZAKONA

Za provođenje ovoga Zakona nije potrebno osigurati dodatna financijska sredstva u državnom proračunu Republike Hrvatske.

IV. PRIJEDLOG ZA DONOŠENJE ZAKONA PO HITNOM POSTUPKU

Zbog postizanja financijske stabilnosti sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja sada kada Zavod, od 1. siječnja 2015. godine, posluje izvan sustava državne riznice, kao i radi poboljšanja položaja osiguranih osoba Zavoda u ostvarivanju prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koja su im zagwarantirana Zakonom predlaže se donošenje ovoga zakona po hitnom postupku, u smislu odredbe članka 204. Poslovnika Hrvatskoga sabora (Narodne novine, broj 81/2013). Navedeno sa ciljem da Zavod što prije može poduzeti potrebne mjere i pokrenuti odgovarajuće postupke za uvećanje imovine Zavoda i poboljšanja financijske stabilnosti, a što će posljedično imati utjecaj i na stabilnost cjelovitog zdravstvenog sustava Republike Hrvatske.

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

Članak 1.

U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, broj 80/2013 i 137/2013), u članku 7. stavku 1. točki 13. dodaju se nove podtočke f) i g) koje glase:

„f) 30 dana od dana prestanka statusa osiguranika iz točke 14. i 15. ovoga stavka,
g) 30 dana od dana isteka 6 mjeseci utvrđenog statusa prema članku 13. ovoga Zakona u neprekidnom trajanju,“.

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

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

Članak 2.

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

„1.a životni partner (formalni i neformalni, sukladno Zakonu o životnom partnerstvu osoba istog spola),“.

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

Članak 3.

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

„(3) Odredbe stavka 1. i 2. ovoga članka na odgovarajući način se primjenjuju i na životnog partnera nakon raskida životnog partnerstva, sukladno Zakonu o životnom partnerstvu osoba istog spola.“.

Članak 4.

U članku 18. stavku 1. točki 4. brišu se riječi: „pravo na“ i riječi: „osnovnom i dopunskom“, a u točkama 5. i 6. brišu se riječi: „osnovnom i dodatnom“.

Stavci 2. i 3. brišu se.

U stavku 4. koji postaje stavak 2. iza riječi: „ustanovama“ upisuje se zarez i dodaju riječi: „trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost“.

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

„(4) Zavod općim aktom utvrđuje potreban broj medicinskih usluga te proveditelja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava, odnosno privatnih zdravstvenih radnika), na temelju kojeg raspisuje natječaj za

provođenje zdravstvene zaštite prema utvrđenom standardu prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

(5) Provođitelji iz stavka 4. ovoga članka utvrđuju se iz registra ministarstva nadležnog za zdravlje o provoditeljima zdravstvene zaštite u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.“.

Članak 5.

U članku 19. stavku 2. točki 10. iza riječi: „bolesti“ dodaju se riječi: „te bolničko liječenje akutnih psihijatrijskih bolesti“,

U točki 18. riječi: „pravilniku ministra nadležnog za zdravlje“ zamjenjuju se riječima: „općem aktu Zavoda“.

Točka 19. mijenja se i glasi:

„19. lijekove s liste lijekova Zavoda za koje u listi lijekova nije utvrđena obveza sudjelovanja u cijeni lijeka,“.

Stavak 3. mijenja se i glasi:

„Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 5% do 20% pune cijene zdravstvene zaštite.“

U stavku 6. brišu se riječi: „i broja“.

Iza stavka 6. dodaje se novi stavak 7. koji glasi:

„(7) Iznose sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 3. ovoga članka utvrditi će Zavod općim aktom.“

Članak 6.

Članak 20. mijenja se i glasi:

„(1) Lista lijekova Zavoda iz članka 18. stavka 1. točke 4. ovoga Zakona sadrži lijekove, magistralne pripravke, cjepiva, namirnice za enteralnu primjenu te ostale pripravke koji se koriste u liječenju.

(2) Lista lijekova Zavoda iz stavka 1. ovoga članka sadrži najmanje podatke o:

1. šifri anatomske-terapijske klasifikacije (ATK),
2. nezaštićenom imenu,
3. zaštićenom imenu,
4. obliku, jačini i količini prema pakiranju,
5. cijeni u kunama za originalno pakiranje (bez i sa PDV-om),
6. cijeni u kunama za originalno pakiranje koju plaća Zavod (bez i sa PDV-om),
7. iznosu sudjelovanja osigurane osobe u cijeni originalnog pakiranja (bez i sa PDV-om).

(3) Lijekovi utvrđeni listom lijekova Zavoda samo pod nezaštićenim imenom ne sadrže podatke iz stavka 2. točaka 3., 4., 5., 6. i 7. ovoga članka.

(4) Magistralni pripravci utvrđeni listom lijekova Zavoda ne sadrže podatke iz stavka 2. točaka 2., 3. i 4. ovoga članka.

(5) Iznos sudjelovanja iz stavka 2. točke 7. ovoga članka osigurana osoba Zavoda plaća neposredno ili putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(6) Način uvrštenja lijekova u listu lijekova Zavoda te način utvrđivanja cijene lijekova u listi lijekova Zavoda propisuje pravilnikom ministar nadležan za zdravlje, sukladno posebnom zakonu.

(7) Listu lijekova donosi Upravno vijeće Zavoda.

(8) Oblik i sadržaj recepta za propisivanje lijekova utvrđenih listom lijekova Zavoda utvrdit će općim aktom Zavod, u skladu s pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje.“.

Članak 7.

U članku 21. stavci 1. 2. i 3. mijenjaju se i glase

„(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ima pravo na teret sredstava Zavoda ostvariti lijekove koji su utvrđeni listom lijekova Zavoda, pod uvjetima i na način utvrđen tom listom i drugim općim aktima Zavoda.

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

(3) Pod uvjetima i na način utvrđen stavkom 2. ovoga članka osigurana osoba može ostvariti i lijek koji je utvrđen listom lijekova Zavoda, ali za ostvarivanje kojeg osigurana osoba u skladu s listom lijekova Zavoda ne ispunjava propisane medicinske indikacije.“.

Članak 8.

Članak 22. mijenja se i glasi:

„(1) Osigurana osoba, u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, ima pravo na ortopedska i druga pomagala (u daljnjem tekstu: pomagala) koja su utvrđena listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda.

(2) Lista pomagala Zavoda sadrži pomagala koja su namijenjena omogućavanju poboljšanja oštećenih funkcija, odnosno ublažavanju ili otklanjanju tjelesnog oštećenja ili nedostatka organa i sustava organa ili nadomještanju anatomske ili fiziološke funkcije organa, koji su nastali kao posljedica bolesti ili ozljede.

(3) Način uvrštenja pomagala u listu pomagala Zavoda te način utvrđivanja cijena pomagala utvrđenih listom pomagala Zavoda propisuje pravilnikom ministar nadležan za zdravlje, sukladno posebnom zakonu.“.

Članak 9.

Članak 23. mijenja se i glasi:

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

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

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

Članak 10.

U članku 26. iza stavka 3. dodaje se stavak 4. koji glasi:

„(4) Iznimno od stavka 3. ovoga članka, osiguranu osobu za koju je, u skladu s općim aktom Zavoda iz stavka 5. ovoga članka, pokrenut postupak za upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu, a radi se o liječenju koje se uspješno može provesti u Republici Hrvatskoj, ali u zdravstvenim ustanovama koje nemaju ugovor sa Zavodom za provođenje te vrste liječenja, umjesto na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu uputiti će se na liječenje u neugovornu zdravstvenu ustanovu u Republici Hrvatskoj u kojoj se odobreno liječenje može provesti.“.

U stavku 4. koji postaje stavak 5. iza riječi: „Zavod“ upisuje se točka, a ostali tekst se briše.

Članak 11.

Članak 33. mijenja se i glasi:

„Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući popis vrsta terapijskih i dijagnostičkih postupaka te iznos potrebnih sredstava u skladu s osiguranim sredstvima donosi Upravno vijeće Zavoda.“.

Članak 12.

U članku 34. dodaje se novi stavak 2. koji glasi:

„(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka osigurana osoba na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja može, na način utvrđen člancima 27. do 31. ovoga Zakona, ostvariti pravo na korištenje zdravstvene zaštite u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u Republici Hrvatskoj, uz uvjet prethodnog odobrenja Zavoda.“.

Članak 13.

U članku 35. stavak 1. mijenja se i glasi:

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

Stavak 3. mijenja se i glasi:

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

U stavku 4. iza brojke: „4.“ briše se zarez i riječi: „članka 22. stavka 4. i članka 23. stavka 4.“.

Članak 14.

U članku 45. stavku 6. iza riječi: „aktom“ briše se zarez, upisuje se točka, a ostali tekst briše se.

Stavci 7. i 8. mijenjaju se i glase:

„(7) Osiguranik ima pravo privremenu spriječenost za rad radi njege člana obitelji koristiti i kao rad u polovici punog radnog vremena.

(8) Uvjete i način ostvarivanja prava na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti zbog njege člana obitelji utvrdit će općim aktom Zavod.“

Iza stavka 8. dodaje se novi stavak 9. koji glasi:

“ (9) Pod punim radnim vremenom u smislu stavka 7. ovoga članka i članka 46. stavka 3. ovoga Zakona smatra se rad od 40 sati tjedno, ako posebnim propisom, pravilnikom o radu, kolektivnim ugovorom, sporazumom sklopljenim između radničkog vijeća i poslodavca ili ugovorom o radu nije drukčije utvrđeno.“

Članak 15.

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

„(4) Izabrani doktor obavezan je utvrditi prestanak privremene nesposobnosti osiguraniku, kod kojega je, nalazom i mišljenjem tijela nadležnog za provođenje vještačenja u svrhu ostvarivanja prava u području mirovinskog osiguranja (u daljnjem tekstu: nadležno tijelo

vještačenja), zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem, utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, utvrđen djelomični gubitak radne sposobnosti ili potpuni gubitak radne sposobnosti, s danom zaprimanja obavijesti Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, a osiguranik pravo na naknadu plaće za vrijeme te privremene nesposobnosti ostvaruje u skladu s člankom 48. stavkom 1. ovoga Zakona.

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

U stavku 9. riječi: “Pravilnik“ zamjenjuje se riječju: „Opći akt“, a riječi „ministar nadležan za zdravlje“ zamjenjuje se riječima: „Upravno vijeće Zavoda“.

Članak 16.

Članak 47. mijenja se i glasi:

„(1) Osiguranik nezadovoljan ocjenom izabranog doktora u svezi utvrđivanja privremene nesposobnosti može izjaviti prigovor nadležnom regionalnom uredu Zavoda u slučaju ne utvrđivanja mu privremene nesposobnosti, tijekom trajanja utvrđene privremene nesposobnosti te u slučaju utvrđivanja prestanka privremene nesposobnosti.

(2) Prigovor zbog neutvrđivanja privremene nesposobnosti, odnosno utvrđivanja prestanka privremene nesposobnosti mora biti podnesen istoga dana kada je izabrani doktor odbio osiguraniku utvrditi privremenu nesposobnost, odnosno kada je utvrdio prestanak privremene nesposobnosti, a najkasnije prvi sljedeći rani dan.

(3) Nadležni regionalni ured Zavoda obavezan je po primitku prigovora bez odgode provesti nadzor u skladu s odredbama članka 46. stavaka 6. i 7. ovoga Zakona te najkasnije u roku od 30 dana od dana zaprimanja prigovora obavijestiti osiguranika o poduzetim mjerama.“.

Članak 17.

Članak 48. mijenja se i glasi:

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

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

sposobnosti najkasnije u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora i o istome obavijestiti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku od 8 dana od dana donošenja nalaza i mišljenja.

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

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

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

Članak 18.

Članak 49. mijenja se i glasi:

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

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

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

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

Članak 19.

Članak 51. mijenja se i glasi:

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

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

(3) Uvjet utvrđene privremene nesposobnosti od najmanje 8 dana prije prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom iz stavka 1. ovoga članka ne odnosi se na osiguranika kojem je privremena nesposobnost utvrđena unutar toga roka zbog priznate nove ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

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

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

Članak 20.

U članku 54. stavak 9. mijenja se i glasi:

„(9) Zavod će općim aktom pobliže utvrditi uvjete i način utvrđivanja osnovice za naknadu plaće.“.

Članak 21.

U članku 55. stavku 1. brišu se riječi: „za puno radno vrijeme“.

U stavku 3. iza brojke: „28%“ dodaju se riječi: „za puno radno vrijeme od 40 sati tjedno“.

Stavak 4. briše se.

Članak 22.

U članku 56. stavku 3. brišu se riječi: „za puno radno vrijeme“.

Članak 23.

U članku 62. stavku 1. riječi: „pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 19. stavka 2. točke 18. ovoga Zakona i općim aktom Zavoda“ zamjenjuju se riječima: „općim aktom Zavoda iz članka 19. stavka 2. točke 18. ovoga Zakona.“.

U stavku 4. u devetom retku iza riječi: „stanica,“ dodaju se riječi: „osigurana osoba s prebivalištem na otoku“.

Članak 24.

U članku 64. stavku 1. riječi: „pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 19. stavka 2. točke 18. ovoga Zakona i općim aktom Zavoda“ zamjenjuju se riječima: „općim aktom Zavoda iz članka 19. stavka 2. točke 18. ovoga Zakona.“.

Članak 25.

U članku 65. stavci 1., 2. i 3. mijenjaju se i glase:

„(1) Osigurana osoba ima pravo na naknadu za troškove prijevoza iz članka 62. ovoga Zakona u visini 0,015% od proračunske osnovice po kilometru za najkraću relaciju između mjesta prebivališta, odnosno boravišta i mjesta sjedišta ugovornog subjekta Zavoda, zdravstvene ustanove u drugoj državi članici, odnosno trećoj državi kamo je upućena, odnosno ustrojbene jedinice Zavoda kamo je pozvana, prema podacima o udaljenosti Hrvatskog auto kluba.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka osigurana osoba kojoj je na prijedlog izabranog doktora, odnosno rješenjem Zavoda o upućivanju na liječenje u drugu državu članicu, odnosno treću državu u skladu s člankom 26. stavkom 3. ovoga Zakona, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Zavoda, zbog zdravstvenog stanja odobren prijevoz zrakoplovom, ima pravo na naknadu troškova prijevoza u visini najniže cijene zrakoplovne karte za ekonomsku klasu.

(3) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi sa sjedištem u mjestu njezinog prebivališta ili boravišta, a ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza propisane općim aktom Zavoda iz članka 19. stavka 2. točke 18. ovoga Zakona, ima pravo na naknadu troškova prijevoza u iznosu od 15% proračunske osnovice mjesečno, pod uvjetom da je udaljenost između adrese stanovanja osigurane osobe i adrese ugovorne zdravstvene ustanove u kojoj provodi hemodijalizu 500 i više metara.“.

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

„(4) Osigurana osoba iz stavka 3. ovoga članka koja hemodijalizu mora koristiti u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi sa sjedištem izvan mjesta njezinog prebivališta ili boravišta

ima pravo uz naknadu utvrđenu stavkom 1. ovoga članka i na naknadu utvrđenu stavkom 3. ovoga članka.

(5) Ako osigurana osoba iz stavka 4. ovoga članka ima pravo na pratitelja u skladu s člankom 64. stavkom 1. ovoga Zakona pratitelj ostvaruje pravo na naknadu za troškove prijevoza u visini utvrđenoj u stavku 1. ovoga članka.“

U dosadašnjem stavku 4. koji postaje stavak 6. iza brojke: „3.“ dodaju se riječi: „i 4.“.

Dosadašnji stavak 5. postaje stavak 7.

Članak 26.

Članak 71. mijenja se i glasi:

„Osim prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti utvrđenih člankom 17. ovoga Zakona osiguranicima iz članka 7. točaka 1. do 6. te točaka 8., 9., 20. i 25. ovoga Zakona osigurava se i pravo na specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika koju provode doktori specijalisti medicine rada, sukladno općem aktu Zavoda.“.

Članak 27.

U članku 72. stavku 1. u točki 9. iza riječi: „prihoda,“ dodaju se riječi: „dobiti od trgovačkih društava, društava za upravljanje fondovima, odnosno investicijskih društava, kreditnih i financijskih institucija i ustanova koje osniva Zavod.“.

Iza stavka 7. dodaje se stavak 8. koji glasi:

„(8) Iznimno, društvo za osiguranje i Zavod mogu se sporazumjeti da se uplaćeni predujmovi društva za osiguranje i iskazani troškovi od strane Zavoda smatraju konačnim obračunom.“.

Dosadašnji stavci 8., 9., 10. i 11. postaju stavci 9., 10., 11. i 12.

Članak 28.

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

Članak 29.

Članak 87. stavak 1. mijenja se i glasi:

„(1) Zavod općim aktom, u skladu s utvrđenim opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 19., 20., 23. i 71. ovoga Zakona te prema utvrđenim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja sukladno članku 33. ovoga Zakona, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora, utvrđuje način provođenja zdravstvene zaštite, elemente i kriterije za raspisivanje natječaja i osnove za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima i privatnim zdravstvenim radnicima u skladu s utvrđenim potrebnim brojem medicinskih usluga te provoditelja zdravstvene zaštite iz članka 18. stavka 4. ovoga Zakona, punu cijenu pojedine zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te način i rokove plaćanja računa za pruženu zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.“.

U stavku 2. brišu se riječi: „uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje“.

Članak 30.

Članak 88. mijenja se i glasi:

„(1) Sukladno aktu iz članka 87. stavka 1. ovoga Zakona, Zavod prema utvrđenim potrebama zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i u skladu s utvrđenim potrebnim brojem medicinskih usluga te provoditelja zdravstvene zaštite iz članka 18. stavka 4. ovoga Zakona objavljuje natječaj za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima te trgovačkim društvima za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u zdravstvenim djelatnostima na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti te na razini zdravstvenih zavoda, ako posebnim zakonom nije drukčije utvrđeno.

(2) Sukladno aktu iz članka 87. stavka 2. ovoga Zakona, Zavod objavljuje natječaj za sklapanje ugovora s isporučiteljima ortopedskih i drugih pomagala.

(3) Na temelju ponuda za provođenje zdravstvene zaštite prema objavljenom natječaju iz stavaka 1. i 2. ovoga članka Upravno vijeće Zavoda donosi odluku o izboru najpovoljnijih ponuditelja te odluku o ponuditeljima čije ponude nisu prihvaćene.

(4) Ponuditelj čija ponuda na natječaj iz stavaka 1. i 2. ovoga članka nije prihvaćena može podnijeti tužbu nadležnom sudu.

(5) Iznimno od stavka 1. ovoga članka, a u svezi članka 18. stavka 2. ovoga Zakona, u svrhu osiguranja dostupnosti i pravovremenosti provedbe zdravstvene zaštite za osigurane osobe Zavoda, Zavod može za provođenje pojedinih oblika zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja sklopiti poseban sporazum s provoditeljima zdravstvene zaštite koji nisu u ugovornom odnosu sa Zavodom u skladu s stavkom 1. ovoga članka.

(6) Sporazumom iz stavka 5. ovoga članka utvrdit će se uvjeti i način provođenja zdravstvene zaštite te način i rokovi plaćanja za izvršenu zdravstvenu zaštitu prema sporazumu.“.

Članak 31.

Članak 89. mijenja se i glasi:

„Sukladno odluci iz članka 88. stavka 3. ovoga Zakona Zavod sklapa ugovore za provođenje utvrđenog opsega prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 87. stavaka 1. i 2. ovoga Zakona.“.

Članak 32.

Članak 91. mijenja se i glasi:

„Ugovori iz članka 89. ovoga Zakona sklapaju se najkasnije u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu odluke iz članka 88. stavka 3. ovoga Zakona.“.

Članak 33.

Iza članka 97. dodaje se novi članak 97.a koji glasi:

„Članak 97.a

- (1) Rad Zavoda je javan.
- (2) Zavod o svom radu najmanje jedanput godišnje izvješćuje Hrvatski sabor.
- (3) Izvješće iz stavka 2. ovoga članka podnosi se Hrvatskom saboru do 30. lipnja tekuće godine za prethodnu godinu.
- (4) Izvješće iz stavka 2. ovoga članka obvezno sadrži podatke o osiguranim osobama iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te financijskom poslovanju Zavoda za razdoblje od 1. siječnja do 31. prosinca prethodne kalendarske godine.“.

Članak 34.

Članak 98. mijenja se i glasi:

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

1. obavlja poslove u vezi s ostvarivanjem prava osiguranih osoba, brine se o zakonitom ostvarivanju tih prava te im pruža stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa,
2. provodi mjere za razvoj i unapređivanje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,
3. planira novčana sredstva obveznoga zdravstvenog osiguranja te plaća izvršene usluge ugovornim subjektima Zavoda,
4. utvrđuje provoditelje zdravstvene zaštite u skladu s utvrđenim potrebnim brojem medicinskih usluga te provoditelja zdravstvene zaštite iz članka 18. stavka 4. ovoga Zakona s kojima sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite za određeno ugovorno razdoblje,
5. donosi opseg prava na zdravstvenu zaštitu iz članaka 19., 20., 22., 23. i 71. ovoga Zakona za ugovorno razdoblje, ovisno o raspoloživim financijskim sredstvima,
6. obavlja poslove ugovaranja s provoditeljima zdravstvene zaštite,
7. utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost pojedine zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,
8. osigurava provedbu propisa Europske unije i međunarodnih ugovora u dijelu koji se odnosi na obvezno zdravstveno osiguranje,

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

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

11. uređuje ostala pitanja vezana uz prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

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

Članak 35.

U članku 105. u cijelom tekstu riječ: „ravnatelj“ zamjenjuje se riječju: „direktor“.

Članak 36.

Članak 106. mijenja se i glasi:

„(1) Direktora Zavoda imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske na temelju javnog natječaja.

(2) Direktor Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

(3) Odluku o raspisivanju javnog natječaja iz stavka 1. ovoga članka donosi Upravno vijeće Zavoda.“.

Članak 37.

Članak 107. mijenja se i glasi:

„(1) Direktor Zavoda odgovoran je za financijsko poslovanje Zavoda.

(2) Direktor Zavoda odgovoran je za uravnoteženost rashoda s prihodima Zavoda te je obvezan Vladi Republike Hrvatske dostavljati šestomjesečno izvješće o financijskom poslovanju Zavoda.“.

Članak 38.

U članku 108. stavku 1. riječ: „Ravnatelj“ zamjenjuje se riječju: „Direktor“.

U stavku 2. riječ: „ravnatelja“ zamjenjuje se riječju: „direktora“, a iza riječi: „vijeća“ upisuje se točka, a ostali tekst briše se.

Članak 39.

U članku 109. stavku 1. brišu se riječi: „ministru nadležnom za zdravlje i“.

U cijelom tekstu članka riječ: „ravnatelj“ zamjenjuje se riječju: „direktor“ u odgovarajućem padežu.

Članak 40.

Članak 110. mijenja se i glasi:

„(1) Zamjenik direktora mora imati završen diplomski sveučilišni studij i najmanje pet godina radnog iskustva na poslovima upravljanja.

(2) Zamjenika direktora imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske na temelju javnog natječaja.

(3) Zamjenik direktora Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

(4) Odluku o raspisivanju javnog natječaja iz stavka 2. ovoga članka donosi Upravno vijeće Zavoda.“.

Članak 41.

Članak 111. mijenja se i glasi:

„(1) Zamjenik direktora Zavoda može biti razriješen i prije isteka vremena na koje je imenovan iz razloga utvrđenih člankom 109. stavkom 1. ovoga Zakona.

(2) Prijedlog za razrješenje zamjenika direktora prije isteka vremena na koje je imenovan Vladi Republike Hrvatske može podnijeti najmanje jedna trećina članova Upravnog vijeća Zavoda i direktor Zavoda.“.

Članak 42.

U članku 112. stavku 1. brišu se riječi: „ministru nadležnom za zdravlje i“, a riječ: „ravnatelja“ zamjenjuje se riječju: „direktora“.

U stavku 2. riječ: „ravnatelja“ zamjenjuje se riječju: „direktora“.

Članak 43.

U članku 113. stavku 1. riječ: „ravnatelja“ zamjenjuje se riječju: „direktora“.

Stavak 2. mijenja se i glasi:

„(2) Pomoćnici direktora su javni službenici koji se biraju na temelju provedenog javnog natječaja.“.

Članak 44.

Iza članka 113. dodaje se novi članak 113.a koji glasi:

„Članak 113.a

- (1) Zavod može imati stručna i savjetodavna tijela.
- (2) Sastav, osnivanje i poslovi tijela iz stavka 1. ovoga članka utvrđuju se statutom Zavoda.“.

Članak 45.

U članku 115. u cijelom tekstu riječ: „ravnatelja“ zamjenjuje se riječju: „direktora“.

Članak 46.

Članak 116. mijenja se i glasi:

„Upravni nadzor nad Zavodom obavlja ministarstvo nadležno za zdravlje.“.

Članak 47.

Članak 117. briše se.

Članak 48.

Iza članka 118. dodaju se naslov i članci 118.a i 118.b koji glase:

"4. Imovina Zavoda

Članak 118.a

- (1) Zavod ima pravnu i poslovnu sposobnost te može stjecati prava i preuzimati obveze bez ograničenja.
- (2) Za obveze preuzete u pravnom prometu Zavod odgovara cjelokupnom svojom imovinom.

Članak 118.b

- (1) U obavljanju svoje djelatnosti Zavod ima pravo osnivati trgovačka društva, društva za upravljanje fondovima, odnosno investicijska društva, kreditne i financijske institucije i ustanove.
- (2) Dobit koju Zavod ostvari poslovanjem pravnih osoba iz stavka 1. ovoga članka koristi se za razvoj i obavljanje djelatnosti Zavoda.“.

Članak 49.

U članku 123. iza stavka 3. dodaje se novi stavak 4. koji glasi:

„(4) U postupcima pokrenutim radi ostvarivanja prava na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad odlučuje se bez odgode.“.

Članak 50.

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

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

U stavku 3. koji postaje stavak 4. iza riječi: „povjerenstava“ dodaju se riječi: „i doktora vještaka“, a iza riječi: „Zavod“ upisuje se točka i ostali tekst briše se.

Članak 51.

U članku 131. iza riječi: „aktom“ briše se zarez, upisuje se točka, a ostali tekst briše se.

Članak 52.

U članku 141. stavku 2. riječi: „Zakona o osiguranju“ zamjenjuju se riječima: „posebnih propisa koji uređuju obvezno osiguranje od automobilske odgovornosti“.

Članak 53.

Zavod će opće akte iz članaka 4., 5., 11., 14. 15., 20 i 26. ovoga Zakona donijeti u roku od 6 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 54.

Do dana stupanja na snagu općih akata iz članka 5. i 15. ovoga Zakona primjenjivat će se iznosi sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite utvrđeni člankom 19. stavkom 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranje („Narodne novine“, broj 80/2013 i 137/2013) te ostaju na snazi:

1. Pravilnik o sanitetskom prijevozu („Narodne novine“, broj 123/2009),
2. Pravilnik o kontroli privremene nesposobnosti za rad („Narodne novine“, broj 130/2013).

Članak 55.

(1) Ravnatelj Zavoda i zamjenik ravnatelja Zavoda od dana stupanja na snagu ovoga Zakona nastavljaju mandat kao direktor Zavoda i zamjenik direktora Zavoda.

(2) Od dana stupanja na snagu ovoga Zakona imenovanim pomoćnicima ravnatelja Zavoda prestaje status državnih dužnosnika, a mandat nastavljaju kao pomoćnici direktora Zavoda do izbora pomoćnika direktora Zavoda u skladu s člankom 43. ovoga Zakona.

(3) Zavod se obvezuje raspisati javni natječaj za izbor pomoćnika direktora Zavoda u roku od 3 mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 56.

Zavod je obvezan svoje poslovanje uskladiti s odredbama ovoga Zakona u roku od 6 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 57.

Postupci pokrenuti žalbom iz članka 88. stavka 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranje („Narodne novine“, broj 80/2013 i 137/2013), koji nisu pravomoćno okončani do dana stupnja na snagu ovoga Zakona, dovršit će se prema odredbama toga Zakona.

Članak 58.

Istekom roka od 6 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona prestaje važiti Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 126/2006 i 156/2008).

Članak 59.

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

OBRAZLOŽENJE

Uz članke 1. do 3.

Navedenim člancima usklađuju se odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju sa odredbama Zakona o životnom partnerstvu osoba istog spola u dijelu koji se odnosi na stjecanje, odnosno zadržavanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju kao člana obitelji osiguranika. Ujedno se omogućuje osiguranim osobama koje su

status u obveznom zdravstvenom osiguranju ostvarile u skladu s člankom 13. Zakona da nakon što su ostvarivale status po tom osnovu u trajanju neprekidno šest mjeseci da steknu novi status prijavom Zavodu u roku 30 dana od isteka toga roka bez daljnje obveze plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje.

Uz članak 4.

Navedeni članak propisuje način utvrđivanja potrebnog broja medicinskih usluga te provoditelja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost) osnovom kojeg će Zavod raspisati natječaj za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 5.

Ovim člankom utvrđuju se iznosi sudjelovanja za troškove zdravstvene zaštite od 5% do 20% cijene zdravstvene zaštite s time da će iznose sudjelovanja za pojedine zdravstvene usluge pobliže utvrditi Zavod općim aktom.

Istim člankom ujedno se ovlašćuje Zavod za donošenje općeg akta kojim će se urediti uvjeti za ostvarivanje prava na sanitetski prijevoz na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članke 6. do 9.

Navedeni članci uređuju ostvarivanje prava osiguranih osoba na lijekove, ortopedska i druga pomagala te dentalna pomagala koji se utvrđuju listom lijekova Zavoda, listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda i listom dentalnih pomagala Zavoda.

Uz članak 10.

Ovaj članak uređuje mogućnost upućivanja na liječenje osigurane osobe u zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj koje nemaju ugovorni odnos sa Zavodom umjesto u inozemstvo. U skladu s navedenim osiguranu osobu za koju je u Zavodu pokrenut postupak za upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu, a radi se o liječenju koje se uspješno može provesti u Republici Hrvatskoj, ali u zdravstvenim ustanovama koje nemaju ugovor sa Zavodom za provođenje te vrste liječenja, umjesto na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu uputiti će se na liječenje u neugovornu zdravstvenu ustanovu u Republici Hrvatskoj u kojoj se odobreno liječenje može provesti.

Također odredbom ovoga članka opći akt kojim se uređuju prava, uvjeti i način ostvarivanja prekogranične zdravstvene zaštite donosi Upravno vijeće Zavoda samostalno, odnosno bez suglasnosti ministra nadležnog za zdravlje.

Uz članak 11.

U skladu s odredbom ovoga članka standarde i normative zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja donosi Upravno vijeće Zavoda samostalno, odnosno bez suglasnosti ministra nadležnog za zdravlje.

Uz članak 12.

Odredbom ovoga članka propisuje se mogućnost osiguranim osoba, da pod uvjetima pod kojima zdravstvenu zaštitu mogu koristiti u drugim državama članicama, sukladno Direktivi 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. godine (SL L 88, 4.4.2011.) o primjeni prava pacijenata u prekograničnom zdravstvenom osiguranju, zdravstvenu zaštitu mogu ostvariti i u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u Republici Hrvatskoj uz uvjet prethodnog odobrenja Zavoda.

Uz članak 13.

Ovim člankom samo se usklađuju odredbe članka 35. Zakona s izmijenjenim odredbama članka 20., 22. i 23. Zakona (pozivanje na članke), a vezano uz obvezu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.

Uz članak 14.

Odredbom ovoga članka ovlašćuje se Zavod na donošenje općeg akta kojim će utvrditi uvjete i način ostvarivanja prava na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad zbog njege člana obitelji. Ostvarivanje toga prava ne uvjetuje se više radno pravnim statusom drugog roditelja.

Uz članak 15.

U ovom članku izvršeno je samo terminološko usklađenje Zakona s odredbama novoga Zakona o mirovinskom osiguranju.

Uz članak 16.

Ovim člankom uređuje se pravo osiguranika na prigovor ako je nezadovoljan ocjenom izabranog doktora u svezi utvrđivanja privremene nesposobnosti za rad te postupanje Zavoda po zaprimanju prigovora osiguranika.

Uz članke 17. do 19.

Navedenim člancima terminološki se usklađuju odredbe članaka 48., 49. i 51. Zakona sa odredbama novoga Zakona o mirovinskom osiguranju. Uz navedeno odredbama članka 19. ovoga zakonskog prijedloga, kojim je izmijenjen članak 51. Zakona, a koji propisuje uvjete za ostvarivanje prava na naknadu plaće zbog privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom propisana je iznimka za osiguranike koji su u trenutku prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti imali utvrđenu privremenu nesposobnost za rada zbog nove priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti. Na navedene osiguranike ne odnosi se uvjet utvrđene privremene nesposobnosti za rad od najmanje osam dana prije prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnom radom.

Uz članak 20.

Odredbom ovoga članka propisuje se ovlast Zavodu za utvrđivanje uvjeta i načina utvrđivanja osnove za naknadu plaće, kao prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 21. i 22.

U skladu s ovim člancima najniži iznos naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad ne veže se više uz rad u punom radnom vremenu.

Uz članke 23. i 24.

Navedenim člancima usklađuju odredbe članaka 62. i 64. Zakona s izmijenjenom odredbom članka 19. stavka 2. točke 18. Zakona iz članka 5. ovoga zakonskog prijedloga.

Uz članak 25.

Ovim člankom uređuje se pravo na naknadu za troškove prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Pravo na naknadu za troškove prijevoza utvrđuje se u visini 0,015% od proračunske osnovice po kilometru za najkraću relaciju između mjesta prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe i mjesta sjedišta ugovornog subjekta Zavoda, zdravstvene ustanove u drugoj državi članici, odnosno trećoj državi kamo je upućena, odnosno ustrojbene jedinice Zavoda kamo je pozvana, prema službenim podacima Hrvatskog auto kluba.

Istim člankom posebno se utvrđuje i iznos naknade za troškove prijevoza osigurane osobe koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik ako ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza. Navedena osigurana osoba, pod uvjetom da ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza ostvarit će pravo na naknadu troškova prijevoza u iznosu od 15% proračunske osnovice mjesečno, pod uvjetom da je udaljenost između adrese stanovanja osigurane osobe i adrese ugovorne zdravstvene ustanove u kojoj provodi hemodijalizu 500 i više metara. U slučaju da hemodijalizu moraju koristiti izvan mjesta svoga prebivališta, odnosno boravišta ostvarit će i naknadu u visini od 0,015 % proračunske osnovice po kilometru.

Uz članak 26.

Ovim člankom uređuje se pravo osiguranika na specifičnu zdravstvenu zaštitu čiji standard propisuje općim aktom Zavod.

Uz članak 27.

Navedenim člankom dopunjene su odredbe članka 72. Zakona te se kao novi prihodi predviđaju dobiti od trgovačkih društava, društava za upravljanje fondovima, odnosno investicijskih društava, kreditnih i financijskih institucija i ustanova koje osniva Zavod, a u svezi s člankom 47. ovoga zakonskog prijedloga kojim je predviđena mogućnost Zavoda da osniva trgovačka društva, društva za upravljanje fondovima, odnosno investicijska društva, kreditne i financijske institucije i ustanove.

Pored navedenoga, a vezano uz prihod od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti, ovim člankom dana je mogućnost društvu za osiguranje i Zavodu da se, iznimno, mogu sporazumjeti da se uplaćeni predujmovi na ime tih prihoda i iskazani troškovi od strane Zavoda smatraju konačnim obračunom uplate sredstava i stvarnih troškova.

Uz članak 28.

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

Uz članke 29. i 32.

Ovim člancima uređuje se postupak sklapanja ugovora Zavoda i zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava, odnosno zdravstvenih radnika u privatnoj praksi.

Uz članke 33. i 34.

Odredbama ovih članaka određuje se nadležnost Zavoda.

Uz članke 35. do 45.

U skladu s navedenim člancima uređuje se pitanje rukovođenja Zavodom, način izbora i obveza direktora Zavoda. Zavodom umjesto ravnatelja, kako to propisuju odredbe važećeg Zakona, rukovodi direktor kojeg imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske kao i njegovog zamjenika. Pomoćnici direktora su javni službenici koji se biraju na temelju javnog natječaja. Prema ovom zakonskom prijedlogu pomoćnici direktora više ne bi bili državni dužnosnici.

Uz članak 46. i 47.

Ovim člancima uređuje se upravni nadzor nad radom Zavoda.

Uz članak 48.

Ovim člankom uređuje se imovina Zavoda te se predviđa mogućnost od strane Zavoda osnivanje trgovačkih društava, društava za upravljanje fondovima, odnosno investicijskih društava, kreditnih i financijskih institucija i ustanova. Novčana sredstva (dobit) ostvarena poslovanjem navedenih pravnih osoba koristila bi unapređivanju sustava zdravstvenog osiguranja.

Uz članke 49. do 51.

Izmjene koje su navedenim člancima izvršene u odredbama Zakona koje reguliraju ostvarivanje prava i obveza iz obveznoga zdravstvenog osiguranja izvršeno je samo usklađenje s predloženim izmjenama iz ovoga zakonskog prijedloga te donošenje općih akata Zavoda bez suglasnosti ministra nadležnog za zdravlje.

Ujedno se člankom 50. propisuje mogućnost da u postupcima stručno-medicinskog vještačenja o pojedinim pravima osiguranih osoba umjesto liječničkih povjerenstava mogu sudjelovati doktori vještaci pojedinci. U kojim postupcima će sudjelovati doktor vještak pojedinac utvrdit će Zavod općim aktom.

Uz članak 52.

Navedenim člankom izvršeno je usklađenje u odnosu na propise kojima je uređeno pitanje obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti i s tim u vezi obveze naknade štete prouzročene uporabom registriranih vozila.

Uz članak 53.

Navedeni članak utvrđuje rokove za donošenje općih akta Zavoda iz ovoga zakonskog prijedloga.

Uz članak 54. do 58.

Ovi članci sadrže prijelazne odredbe.

Uz članak 59.

Ovim člankom određuje se dan stupanja na snagu ovoga Zakona.

**ODREDBE VAŽEĆEG ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU,
ODNOSNO DOPUNJUJU**

Članak 7.

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

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

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

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

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

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

6. osobe koje na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačenih djelatnosti, osobe koje samostalno u obliku slobodnog zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost te osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju djelatnost poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje, ako su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu osigurane po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Članak 10.

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

1. supružnik (bračni i izvanbračni, sukladno propisima o obiteljskim odnosima),
2. djeca (rođena u braku, izvan braka ili posvojena, pastorčad) te druga djeca bez roditelja, ako ih osiguranik uzdržava, na zahtjev osiguranika,

3. roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i posvojitelj), ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava,

4. unuci, braća, sestre, djed i baka, ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava.

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

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

Članak 11.

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

1. ako je sudskom odlukom stekao pravo na uzdržavanje, dok traje uzdržavanje,

2. ako je u vrijeme razvoda braka bio potpuno i trajno nesposoban za rad sukladno propisima o mirovinskom osiguranju,

3. ako su mu sudskom odlukom o razvodu braka djeca povjerena na čuvanje i odgoj, pod uvjetom da se prijavi Zavodu u roku od 30 dana od dana pravomoćnosti sudske odluke, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi.

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

Članak 18.

(1) Pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 17. točke 1. ovoga Zakona u opsegu utvrđenom ovim Zakonom i propisima donesenim na temelju ovoga Zakona obuhvaća pravo na:

1. primarnu zdravstvenu zaštitu,

2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,

3. bolničku zdravstvenu zaštitu,

4. pravo na lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda,

5. dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda,

6. ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda,

7. zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.

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

(3) Mjere zdravstvene zaštite iz stavka 2. ovoga članka utvrđuju se na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravlje na prijedlog Zavoda i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih

komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima.

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

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

Članak 19.

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

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

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

20. zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe,
21. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite,
22. palijativnu zdravstvenu zaštitu.

(3) Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotaka proračunske osnovice utvrđenih točkama 1. do 8. ovoga stavka za:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,

2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,

3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala – 1,50% proračunske osnovice,

4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,

5. liječenje u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, ovom Zakonu i općem aktu Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno,

6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,

7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti – 30,07% proračunske osnovice,

8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina – 15,03% proračunske osnovice.

4) Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u visini od 0,30% proračunske osnovice za:

1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, sukladno općem aktu Zavoda,

2. izdavanje lijeka po receptu.

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

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

Članak 20.

(1) Osnovna i dopunska lista lijekova Zavoda iz članka 18. stavka 1. točke 4. ovoga Zakona sadrži lijekove koji imaju odobrenje za stavljanje u promet u Republici Hrvatskoj.

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

(3) Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži medikoekonomski najsvrhovitije lijekove za liječenje svih bolesti.

(4) 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 najniže cijene ekvivalentnog lijeka utvrđenog osnovnom listom lijekova.

(5) 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.

(6) Način uvrštenja lijekova na osnovnu i dopunsku listu lijekova te način utvrđivanja cijene lijekova propisuje pravilnikom ministar nadležan za zdravlje, sukladno posebnom zakonu.

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

(8) Ako komora iz stavka 7. ovoga članka u roku od 8 dana, od dana kada je zaprimila zahtjev za mišljenjem, Zavodu ne dostavi mišljenje o osnovnoj, odnosno dopunskoj listi lijekova, smatra se da je dano pozitivno mišljenje.

(9) Oblik i sadržaj recepata za lijekove s osnovne i dopunske liste lijekova Zavoda utvrdit će općim aktom Zavod u skladu s pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje.

Članak 21.

(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ima pravo na teret sredstava Zavoda ostvariti lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, pod uvjetima i na način utvrđen općim aktima Zavoda.

(2) 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 bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi i to na teret sredstava bolničke zdravstvene ustanove koja je obvezna osigurati nabavu lijeka.

(3) Pod uvjetima i na način utvrđen stavkom 2. ovoga članka osigurana osoba može ostvariti i pravo na lijek koji je utvrđen osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, ali za ostvarivanje kojeg osigurana osoba ne ispunjava medicinske indikacije utvrđene listama lijekova iz stavka 1. ovoga članka.

(4) Doktor specijalist bolničke zdravstvene ustanove koji je osiguranoj osobi predložio liječenje lijekom iz stavka 2. i 3. ovoga članka obavezan je uputiti prijedlog povjerenstvu za lijekove bolničke zdravstvene ustanove.

Članak 22.

(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ima pravo na ortopedska i druga pomagala (u daljnjem tekstu: pomagala) koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda.

(2) Osnovna i dodatna lista pomagala Zavoda sadrži pomagala koja su namijenjena omogućavanju poboljšanja oštećenih funkcija, odnosno ublažavanju ili otklanjanju tjelesnog oštećenja ili nedostatka organa i sustava organa ili nadomještanju anatomskih ili fizioloških funkcija organa, koji su nastali kao posljedica bolesti ili ozljede.

(3) Način uvrštenja pomagala na osnovnu i dodatnu listu pomagala Zavoda te način utvrđivanja cijena pomagala propisuje pravilnom ministar nadležan za zdravlje, sukladno posebnom zakonu.

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

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

Članak 23.

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

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

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

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

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

Članak 26.

(1) Osigurana osoba ima pravo na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja koristiti zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.

(2) Pod zdravstvenom zaštitom iz stavka 1. ovoga članka podrazumijeva se pravo na upućivanje na liječenje, pravo na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u državama iz stavka 1. ovog članka te pravo na drugu zdravstvenu zaštitu u skladu s odredbama propisa Europske unije, Direktive 2011/24/EU, ovoga Zakona međunarodnih ugovora te općih akata Zavoda.

(3) Pravo na upućivanje na liječenje 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 državama iz stavka 1. ovoga članka.

(4) Prava, uvjete i način korištenja zdravstvene zaštite iz stavaka 2. i 3. ovoga članka utvrdit će općim aktom Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.

Članak 33.

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 zdravlje, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora.

Članak 34.

Osiguranim osobama Zavoda u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ne osigurava se plaćanje troškova zdravstvenih usluga koje su pružene na način i po postupku koji nije propisan propisima Europske unije, Direktivom 2011/24/EU, međunarodnim ugovorom, ovim Zakonom, odnosno podzakonskim propisima donesenim na temelju ovoga Zakona, kao i za:

1. razliku za povećane troškove liječenja koji su posljedica osobne želje osigurane osobe zbog njezina vjerskog, drugog uvjerenja ili bilo kojeg drugog razloga, a koje predstavlja liječenje izvan utvrđenog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koji se osigurava svim osiguranim osobama pod jednakim uvjetima,

2. eksperimentalno liječenje, eksperimentalne medicinske proizvode, pomagala, dentalna pomagala i lijekove koji su u fazi kliničkih ispitivanja,

3. terapijske i dijagnostičke postupke te lijekove koji su provedeni, odnosno primijenjeni na zahtjev osigurane osobe u okolnostima kada ti postupci i lijekovi nisu određeni od strane ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u sklopu korištenja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ili po svojoj vrsti i količini nisu pravo iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,

4. estetske zahvate, osim za estetsku rekonstrukciju kongenitalnih anomalija, rekonstrukciju dojke nakon mastektomije, estetsku rekonstrukciju nakon teških ozljeđivanja,

5. liječenje dobrovoljno stečenog steriliteta,

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

7. kirurško liječenje pretilosti, osim u slučaju patološke pretilosti kada indeks tjelesne mase (BMI) prelazi 40, odnosno kada BMI prelazi 35, uz uvjet da osigurana osoba boluje i od drugih pridruženih bolesti,

8. liječenje medicinskih komplikacija koje nastaju kao posljedica korištenja zdravstvene zaštite izvan obveznoga zdravstvenoga osiguranja,

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

Članak 35.

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

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

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

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

Članak 45.

(1) Osiguranik iz članka 39. točke 5. ovoga Zakona ima pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad radi njege osigurane osobe – djeteta do navršene sedme godine života u trajanju najviše do 60 dana za svaku utvrđenu bolest, a za dijete od sedam do 18. godine života najviše do 40 dana.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka, ako je prema ocjeni doktora medicine primarne zdravstvene zaštite zdravstveno stanje člana obitelji – djeteta do 18. godine života takvo da duljina trajanja njege određena u stavku 1. ovoga članka neće biti dovoljna, potrebno trajanje njege određuje liječničko povjerenstvo Zavoda.

(3) Pod djetetom iz stavaka 1. i 2. ovoga članka smatra se osim vlastitog djeteta i posvojeno dijete, pastorče, te dijete koje je na osnovi rješenja nadležnog tijela osiguraniku povjereno na čuvanje i odgoj.

(4) Pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad radi njege osigurane osobe – djeteta iznad 18 godina života ili supružnika osiguranik ima za svaku utvrđenu bolest najviše do 20 dana.

(5) Njega člana obitelji iz stavka 4. ovoga članka može se odobriti samo u slučaju teškog zdravstvenog stanja člana obitelji uzrokovanog bolešću, odnosno ozljedom.

(6) Zdravstveno stanje člana obitelji iz stavka 5. ovoga članka, za kojeg se može odobriti njega osiguraniku, pobliže će utvrditi Zavod općim aktom, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.

(7) Pravo iz stavaka 1. i 2. ovoga članka osiguranik može ostvariti pod uvjetom da drugi roditelj nije nezaposlen, odnosno ako živi sam s djetetom (npr. samohrani ili razvedeni roditelj), da istodobno ne koristi to pravo za drugo dijete te da za dijete kojemu je potrebna njega nema priznato pravo roditelja njegovatelja.

(8) Osiguranik ima pravo privremenu spriječenost za rad radi njege člana obitelji koristiti i kao rad u polovici punog radnog vremena.

Članak 46.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Članak 47.

(1) Osiguraniku nezadovoljnom odlukom izabranog doktora o utvrđivanju prestanka privremene nesposobnosti, radi zaštite prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, izdat će se na njegov zahtjev rješenje u upravnom postupku, a na osnovi prethodno pribavljenog obrazloženog nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Zavoda, koje je obvezno prije donošenja nalaza, mišljenja i ocjene izvršiti pregled osiguranika.

(2) Zahtjev iz stavka 1. ovoga članka rješava se po hitnom postupku.

Članak 48.

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

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

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

(4) Ako nadležno tijelo vještačenja mirovinskog osiguranja ne donese nalaz i mišljenje te ne izvijesti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku iz stavka 2. ovoga članka naknada plaće za tog osiguranika od prvoga idućeg dana, nakon isteka roka od 60 dana iz stavka 2. ovoga članka, tereti sredstva Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje.

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

Članak 49.

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

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

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

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

Članak 51.

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

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

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

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

Članak 56.

(1) 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 osiguranog slučaja na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće 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 prestanka obavljanja djelatnosti osobnim radom ostvarene prema ovom Zakonu od najmanje devet mjeseci neprekidno ili 12 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine (prethodno osiguranje), ako posebnim zakonom nije drukčije utvrđeno.

(2) Odredbe stavka 1. ovoga članka ne primjenjuju se na naknadu plaće za slučaj priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

(3) Osiguraniku, koji ne ispunjava uvjet prethodnog osiguranja iz stavka 1. ovoga članka, naknada plaće, za sve vrijeme trajanja privremene nesposobnosti, pripada u iznosu od 25% proračunske osnovice za puno radno vrijeme.

Članak 54.

(1) 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 plaće, neovisno o tome na čiji se teret isplaćuje, osim u slučaju kada je posebnim zakonom drukčije propisano.

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

(3) Za osiguranika iz članka 7. stavka 1. točaka 3., 4., 6., 8. i 9. 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 osigurani slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće, umanjena za zakonom propisane obvezne doprinose, poreze i prireze.

(4) Iznimno, osiguranicima koji pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti 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 56. stavkom 1. ovoga Zakona.

(5) U slučaju kad se osnovica za naknadu plaće ne može utvrditi prema stavku 1. ovoga članka, osnovicu za naknadu plaće čini plaća isplaćena do dana nastanka slučaja na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće, odnosno pripadajuća plaća za mjesec za koji se određuje naknada plaće, 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.

(6) Iznimno od stavka 5. ovoga članka, kada se osnovica za naknadu plaće, koja pripada osiguraniku u slučaju privremene nesposobnosti zbog priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti, ne može utvrditi prema stavku 1. ovoga članka, osnovicu za naknadu plaće čini pripadajuća plaća za mjesec za koji se određuje naknada plaće.

(7) 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%.

(8) Naknada plaće prema stavku 7. ovoga članka pripada osiguraniku od prvoga dana idućeg mjeseca po isteku tri mjeseca neprekidne privremene nesposobnosti, ako je ispunjen uvjet za povećanje naknade plaće.

(9) Zavod će općim aktom utvrditi način utvrđivanja osnovice za naknadu plaće iz stavka 3. ovoga članka.

Članak 55.

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

(2) Naknada plaće iznosi 100% od osnovice za naknadu plaće za vrijeme:

1. privremene nesposobnosti zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu,
2. privremene nesposobnosti zbog bolesti i komplikacija u vezi s trudnoćom i porodom,
3. korištenja rodiljnog dopusta i prava na rad u polovici punoga radnog vremena iz članka 39. točke 7. ovoga Zakona,
4. korištenja dopusta za slučaj smrti djeteta iz članka 39. točke 8. ovoga Zakona,
5. njege oboljelog djeteta mlađeg od tri godine života,
6. privremene nesposobnosti zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe,
7. dok je osiguranik izoliran kao kliconoša ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini,
8. privremene nesposobnosti zbog priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

(3) 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 za puno radno vrijeme iznositi više od proračunske osnovice uvećane za 28%, osim naknade plaće iz stavka 2. točaka 3., 4. i 8. ovoga članka.

(4) Pod punim radnim vremenom u smislu ovoga Zakona smatra se rad od 40 sati tjedno, ako posebnim propisom, pravilnikom o radu, kolektivnim ugovorom, sporazumom sklopljenim između radničkog vijeća i poslodavca ili ugovorom o radu nije drukčije utvrđeno.

Članak 62.

(1) Osigurana osoba radi ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja ima pravo na naknadu za troškove prijevoza pod uvjetom da je radi korištenja zdravstvene zaštite upućena izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta te da ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza propisane pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 19. stavka 2. točke 18. ovoga Zakona i utvrđene općim aktom Zavoda.

(2) Osigurana osoba iz stavka 1. ovoga članka ima pravo na naknadu za troškove prijevoza ako je radi korištenja zdravstvene zaštite upućena u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog doktora privatne prakse ili ugovornom isporučitelju pomagala u mjesto koje je udaljeno 50 i više kilometara od mjesta njezina prebivališta, odnosno boravišta jer odgovarajuću zdravstvenu zaštitu, sukladno svom zdravstvenom stanju ne može 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.

(3) Pod uvjetom iz stavka 2. ovoga članka, koji se odnosi na udaljenost, pravo na naknadu za troškove prijevoza ima i osigurana osoba koja je pozvana od strane Zavoda u predmetu utvrđivanja prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

(4) Pravo na naknadu za troškove prijevoza, neovisno o udaljenosti iz stavka 2. ovoga članka, ima osigurana osoba do 18. godine života, osigurana osoba iz članka 12. stavaka 2. i 3. ovoga Zakona, osigurana osoba u vezi korištenja radioterapije i kemoterapije te hemodijalize kao kronični bubrežni bolesnik, osigurana osoba u vezi korištenja zdravstvene zaštite zbog priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti, osigurana osoba darivatelj organa,

tkiva ili stanica koja zdravstvenu zaštitu koristi u vezi s darivanjem organa, tkiva ili stanica, te osigurana osoba upućena na liječenje u drugu državu članicu ili treću državu sukladno ovome Zakonu i općem aktu Zavoda.

(5) Pravo na naknadu za troškove prijevoza, sukladno stavku 2. ovoga članka, ima i osigurana osoba koja je radi smanjivanja liste čekanja prihvatila korištenje zdravstvene zaštite u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse koja nije u mjestu, odnosno nije najbliža mjestu njezina prebivališta, odnosno boravišta.

(6) Osigurana osoba koja zdravstvenu zaštitu želi koristiti u drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse ili kod drugog ugovornog isporučitelja pomagala na području Republike Hrvatske, a ne tamo gdje je upućena ima pravo ostvariti tu zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja, ali bez prava na naknadu za troškove prijevoza i prava na sanitetski prijevoz.

Članak 64.

(1) Pravo na naknadu za troškove prijevoza ima i jedna osoba određena za pratitelja osigurane osobe iz članka 62. ovoga Zakona pod uvjetom da je izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite utvrdio potrebu pratnje te da osigurana osoba kojoj je određen pratitelj ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza propisane pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 19. stavka 2. točke 18. ovoga Zakona i utvrđene općim aktom Zavoda.

(2) Smatra se da je djeci do 18. godine života, kao i osiguranim osobama iz članka 12. stavaka 2. i 3. ovoga Zakona potrebna pratnja neovisno o tome ispunjavaju li uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza.

Članak 65.

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

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

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

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

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

Članak 71.

Osim prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja za slučaj priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti utvrđenih člankom 17. ovoga Zakona osiguranicima iz članka 7. točaka 1. do 6. te točaka 8., 9., 20. i 25. ovoga Zakona osiguravaju se i mjere specifične zdravstvene zaštite radnika koje provode doktori specijalisti medicine rada, sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i posebnim zakonima te pravilnicima donesenim na temelju tih zakona.

Članak 72.

(1) Prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja su:

1. doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje,
2. doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti,
3. doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje nezaposlenih osoba iz članka 7. stavka 1. točaka 13., 16., 17. i 19. i članka 11. stavka 1. točke 3. ovoga Zakona koje se vode u evidenciji nezaposlenih osoba prema propisima o zapošljavanju,
4. doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje osiguranih osoba kojima je odlukom nadležnoga suda oduzeta sloboda iz članka 7. stavka 1. točke 28. ovoga Zakona,
5. doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom,
6. posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,
7. prihodi iz državnog proračuna,
8. prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju,
9. prihodi od dividendi, kamata i drugih prihoda,
10. prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine,
11. prihodi od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti.

(2) Prihod iz stavka 1. točke 10. ovoga članka u visini od 32% od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine doznaju se iz državnog proračuna na račun Zavoda do petog dana u mjesecu za prethodni mjesec.

(3) Prihod iz stavka 1. točke 11. ovoga članka uplaćuju društva za osiguranje u visini od 4% naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti. Navedeni iznos predstavlja predujam naknade prouzročene štete Zavodu u slučajevima iz članka 140. ovoga Zakona koju su prouzročili vlasnici, odnosno korisnici osiguranoga motornog vozila.

(4) Društva za osiguranje obvezna su sredstva na ime prihoda iz stavka 1. točke 11. ovoga članka na način propisan stavkom 3. ovoga članka uplatiti do 10. dana u mjesecu za prethodni mjesec na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti u korist računa Zavoda.

(5) Društva za osiguranje obvezna su za svako obračunsko razdoblje (mjesec) podnijeti izvješće o obračunatim i uplaćenim mjesečnim sredstvima na ime prihoda iz stavka 1. točke 11. ovoga članka do 15. u mjesecu za prethodni mjesec.

(6) Društva za osiguranje i Zavod obvezni su izvršiti konačan obračun uplaćenih sredstava i stvarnih troškova iz stavka 3. ovoga članka i godišnje izvješće o izvršenom konačnom obračunu uplaćenih sredstava i stvarnih troškova iz stavka 3. ovoga članka podnijeti ministarstvu nadležnom za financije do 30. travnja tekuće kalendarske godine za prethodnu kalendarsku godinu.

(7) Ako društva za osiguranje i Zavod ne izvrše konačni obračun uplate sredstava i stvarnih troškova u roku utvrđenom u stavku 6. ovoga članka, Ministarstvo financija – Porezna uprava (u daljnjem tekstu: Porezna uprava) rješenjem će utvrditi obvezu uplate sredstava od strane društava za osiguranje Zavodu, odnosno povrata uplaćenih sredstava društvima za osiguranje od strane Zavoda na osnovi podataka Zavoda o stvarnim troškovima.

(8) Način plaćanja, obračunavanja i izvješćivanja, način izrade godišnjeg obračuna i izvješća uplaćenih sredstava i stvarnih troškova, kao i postupak te ovlaštenje za nadzor nad provedbom odredbi stavaka 4., 5., 6. i 7. ovoga članka utvrdit će pravilnikom ministar nadležan za financije.

(9) Na obračun zatezne kamate, zastaru prava na utvrđivanje i naplatu prihoda od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti, povrat više uplaćenih sredstava, postupak nadzora, vođenje drugostupanjskog i prekršajnog postupka primjenjuju se odredbe Općeg poreznog zakona.

(10) Nadzor nad provedbom ovoga Zakona u dijelu kojim se uređuje prihod obveznoga zdravstvenog osiguranja po osnovi prihoda od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti provodi Porezna uprava Ministarstva financija.

(11) Doprinosi i ostali prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđeni u stavku 1. ovoga članka uplaćuju se u korist računa Zavoda i prihod su Zavoda.

Članak 87.

(1) Zavod općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora, u skladu s utvrđenim opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz članaka 19., 20. i 23. ovoga Zakona te s utvrđenim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja sukladno članku 33. ovoga Zakona, utvrđuje način provođenja zdravstvene zaštite, elemente i kriterije za raspisivanje natječaja i osnove za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima koji su uključeni u mrežu javne zdravstvene službe, mrežu hitne medicine i mrežu ugovornih subjekata medicine rada, punu cijenu pojedine zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, maksimalni godišnji iznos sredstava za provođenje ugovorene bolničke zdravstvene zaštite te način i rokove plaćanja računa za pruženu zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

(2) Zavod općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, u skladu s utvrđenim opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz članaka 19., 20. i 22. ovoga Zakona, te utvrđenim standardom prava na ortopedska i druga pomagala sukladno općem aktu Zavoda, utvrđuje osnove za sklapanje ugovora s isporučiteljima ortopedskih i drugih pomagala koji ispunjavaju uvjete za proizvodnju, odnosno isporuku pomagala sukladno posebnom zakonu te cijene pomagala, način i rokove plaćanja računa za isporučena pomagala.

(3) Općim aktom iz stavaka 1. i 2. ovoga članka obvezno se utvrđuje početak i kraj ugovornog razdoblja za koje se raspisuje natječaj za prikupljanje ponuda za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 82.

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

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

2. troškove zdravstvene zaštite za:
- a. osiguranike iz članka 7. stavka 1. točaka 13., 16., 17. i 19. te članka 11. stavka 1. točke 3. ovoga Zakona, za koje se doprinos ne uplaćuje u skladu s člankom 72. stavkom 1. točkom 3. ovoga Zakona, te za osiguranike iz članka 7. stavka 1. točaka 14., 15., 18., 20., 21., 25., 26. i 27. ovoga Zakona,
- b. osigurane osobe iz članka 15. ovoga Zakona,
- c. osigurane osobe iz članka 78. ovoga Zakona,
- d. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
- e. preventivnu zdravstvenu zaštitu osiguranih osoba starijih od 65 godina života,
- f. preventivnu zdravstvenu zaštitu osiguranih osoba s invaliditetom iz registra utvrđenog posebnim propisom,
- g. razliku u troškovima organizacije primarne zdravstvene zaštite iznad propisanih normativa izazvane demografskim karakteristikama (otoci, gustoća naseljenosti),
- h. razliku u troškovima zdravstvene zaštite koja se ugovara i plaća prema broju stanovnika, a ne prema broju osiguranih osoba (hitna medicina, patronažna zdravstvena zaštita, higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita),
- i. provođenje zdravstvene zaštite osnovom međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju.
- (2) Sredstva iz stavka 1. ovoga članka uplaćuju se na račun Zavoda do 10. dana u mjesecu za prethodni mjesec i prihod su Zavoda.

Članak 88.

- (1) Sukladno aktu iz članka 87. stavka 1. ovoga Zakona, Zavod u skladu s utvrđenim potrebama za popunu mreže javne zdravstvene službe, mreže hitne medicine i mreže ugovornih subjekata medicine rada, u pravilu, svake treće godine, ako općim aktom iz članka 87. stavka 1. ovoga Zakona nije drukčije određeno, objavljuje natječaj za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u zdravstvenim djelatnostima na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti te na razini zdravstvenih zavoda, ako posebnim zakonom nije drukčije utvrđeno.
- (2) Sukladno aktu iz članka 87. stavka 2. ovoga Zakona, Zavod u pravilu svake treće godine, ako općim aktom iz članka 87. stavka 2. ovoga Zakona nije drukčije određeno, objavljuje natječaj za sklapanje ugovora s isporučiteljima ortopedskih i drugih pomagala.
- (3) Na temelju ponuda za provođenje zdravstvene zaštite prema objavljenom natječaju iz stavaka 1. i 2. ovoga članka Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, donosi odluku o izboru najpovoljnijih ponuditelja.
- (4) Ponuditelj čija ponuda na natječaj iz stavaka 1. i 2. ovoga članka nije prihvaćena ima pravo uložiti žalbu ministru nadležnom za zdravlje u roku od 15 dana od dana zaprimanja obavijesti o neprihvatanju ponude.
- (5) O žalbi iz stavka 4. ovoga članka odlučuje se rješenjem protiv kojega se može pokrenuti upravni spor.

Članak 89.

Sukladno odluci iz članka 88. stavka 3. ovoga Zakona, odnosno sukladno rješenju iz članka 88. stavka 5. ovoga Zakona, kojim je usvojena žalba i prihvaćena ponuda, Zavod sklapa ugovore za provođenje utvrđenog opsega prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 87. stavaka 1. i 2. ovoga Zakona.

Članak 91.

Ugovori iz članka 89. ovoga Zakona sklapaju se najkasnije u roku od 60 dana od dana stupanja na snagu odluke iz članka 88. stavka 3. ovoga Zakona, odnosno u roku od 60 dana od dana kada je rješenje iz članka 88. stavka 5. ovoga Zakona postalo izvršno.

Članak 97.

(1) Poslove provedbe prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđena ovim Zakonom obavlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

(2) Zavod jest javna ustanova na koju se primjenjuju propisi o ustanovama, ako ovim Zakonom nije drukčije utvrđeno.

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

(4) U rješavanju o pravima i obvezama osiguranih osoba iz obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod ima javne ovlasti.

(5) Sjedište Zavoda je u Zagrebu.

Članak 98.

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

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

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

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

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

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

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

7. obavlja poslove ugovaranja s provediteljima zdravstvene zaštite,

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

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

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

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

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

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

Članak 101.

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

Članak 105.

(1) Radom Zavoda rukovodi ravnatelj.

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

(3) Ravnatelj Zavoda ima zamjenika i pomoćnike.

Članak 106.

(1) Ravnatelj Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja.

(2) Ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske, na prijedlog ministra nadležnog za zdravlje.

(3) Ravnatelj Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

Članak 107.

(1) Ravnatelj Zavoda odgovoran je za financijsko poslovanje Zavoda.

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

Članak 108.

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

(2) 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 zdravlje.

Članak 109.

(1) Upravno vijeće Zavoda je dužno predložiti ministru nadležnom za zdravlje i Vladi Republike Hrvatske razrješenje ravnatelja i prije isteka mandata za koji je izabran ako:

1. ravnatelj to osobno zahtijeva,
2. nastane neki od razloga koji po posebnim propisima ili propisima kojima se uređuju radni odnosi dovode do prestanka ugovora o radu,
3. je u poslovanju Zavoda u šestomjesečnom razdoblju iskazan višak rashoda nad prihodima,
4. svojim nesavjesnim ili nezakonitim radom prouzroči Zavodu veću štetu, zanemaruje ili nemarno obavlja svoju dužnost tako da su nastale ili mogu nastati veće smetnje u obavljanju djelatnosti Zavoda, u svojem radu krši odredbe ovoga Zakona i propisa donesenih temeljem ovoga Zakona, drugih zakonskih i pod zakonskih propisa te općih akata Zavoda ili neopravdano ne izvršava odluke Upravnog vijeća Zavoda, odnosno postupi u suprotnosti s njima.

(2) Upravno vijeće Zavoda 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 110.

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

(2) Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja.

(3) Zamjenika ravnatelja Zavoda imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske, na prijedlog ministra nadležnog za zdravlje.

(4) Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na vrijeme od četiri godine.

Članak 111.

(1) Zamjenik ravnatelja Zavoda može biti razriješen i prije isteka vremena na koje je imenovan iz razloga utvrđenih člankom 109. stavkom 1. ovoga Zakona.

(2) Prijedlog za razrješenje zamjenika ravnatelja prije isteka vremena na koje je imenovan Vladi Republike Hrvatske može podnijeti ministar nadležan za zdravlje, najmanje jedna trećina članova Upravnog vijeća Zavoda i ravnatelj Zavoda.

Članak 112.

(1) Upravno vijeće Zavoda dužno je predložiti ministru nadležnom za zdravlje i Vladi Republike Hrvatske razrješenje zamjenika ravnatelja i prije isteka mandata za koji je izabran zbog razloga iz članka 109. ovoga Zakona.

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

Članak 113.

(1) Broj pomoćnika ravnatelja i uvjeti koje moraju ispunjavati utvrđuju se statutom Zavoda.

(2) Pomoćnike ravnatelja imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ravnatelja Zavoda.

Članak 115.

Djelokrug, ovlaštenja i odgovornost ravnatelja, zamjenika ravnatelja, pomoćnika ravnatelja Zavoda i voditelja regionalnog ureda Zavoda utvrđuju se statutom Zavoda.

Članak 116.

(1) Nadzor nad zakonitošću rada i općih akata Zavoda obavlja ministarstvo nadležno za zdravlje.

(2) U provođenju nadzora iz stavka 1. ovoga članka ministarstvo nadležno za zdravlje može:

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

Članak 117.

Ravnatelj Zavoda obavezan je ministru nadležnom za zdravlje 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 123.

(1) Prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 17. ovoga Zakona se, u pravilu, ostvaruju bez donošenja rješenja, a na temelju odgovarajuće dokumentacije utvrđene ovim Zakonom i općim aktima Zavoda donesenim na temelju ovoga Zakona.

(2) O pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja odlučuje se rješenjem na zahtjev osigurane osobe, osim ako ovim Zakonom nije drukčije propisano.

(3) U postupcima iz stavka 2. ovog članka Zavod odlučuje primjenjujući odredbe Zakona o općem upravnom postupku.

Članak 127.

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

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

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

Članak 131.

Prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti koje obuhvaćaju i mjere specifične zdravstvene zaštite radnika, postupak utvrđivanja i priznavanja ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti, kao i opseg prava, uvjete i način njihovog ostvarivanja Zavod će pobliže utvrditi općim aktom, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravlje.

Članak 141.

(1) Zavod je obvezan zahtijevati naknadu štete prouzročenu na području Republike Hrvatske uporabom vozila registriranih u drugoj državi članici ili trećoj državi koje ima valjanu međunarodnu ispravu o osiguranju od automobilske odgovornosti izravno od Hrvatskog ureda za osiguranje.

(2) Zavod je obvezan zahtijevati naknadu štete i kad je šteta nastala u drugoj državi članici ili trećoj državi u skladu s odredbama Zakona o osiguranju i međunarodnih ugovora.