



HRVATSKI SABOR

KLASA: 022-02/22-01/194

URBROJ: 65-23-08

Zagreb, 9. ožujka 2023.

P.Z.E. br. 434

**ZASTUPNICAMA I ZASTUPNICIMA
HRVATSKOGA SABORA**

**PREDSJEDNICAMA I PREDSJEDNICIMA
RADNIH TIJELA**

Na temelju članaka 178. i 192. Poslovnika Hrvatskoga sabora u prilogu upućujem ***Konačni prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju***, koji je predsjedniku Hrvatskoga sabora podnijela Vlada Republike Hrvatske, aktom od 9. ožujka 2023. godine.

Ovim zakonskim prijedlogom usklađuje se zakonodavstvo Republike Hrvatske sa zakonodavstvom Europske unije, te se u prilogu dostavlja i Izjava o njegovoj usklađenosti s pravnom stečevinom Europske unije.

Za svoje predstavnike, koji će u njezino ime sudjelovati u radu Hrvatskoga sabora i njegovih radnih tijela, Vlada je odredila ministra zdravstva dr. sc. Vilija Beroša, dr. med. i državne tajnike Tomislava Dulibića, dr. sc. Silvija Bašića, dr. med. i dr. sc. Mariju Bubaš, dr. med.

PREDSJEDNIK

Gordan Jandroković



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

KLASA: 022-03/22-01/111
URBROJ: 50301-04/25-23-9

Zagreb, 9. ožujka 2023.

PREDSJEDNIKU HRVATSKOGA SABORA

PREDMET: Konačni prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

Na temelju članka 85. Ustava Republike Hrvatske („Narodne novine“, br. 85/10. - pročišćeni tekst i 5/14. - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske) i članka 172. u vezi s člankom 190. Poslovnika Hrvatskoga sabora („Narodne novine“, br. 81/13., 113/16., 69/17., 29/18., 53/20., 119/20. - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske i 123/20.), Vlada Republike Hrvatske podnosi Konačni prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Ovim zakonskim prijedlogom usklađuje se zakonodavstvo Republike Hrvatske sa zakonodavstvom Europske unije, te se u prilogu dostavlja i Izjava o njegovoj usklađenosti s pravnom stečevinom Europske unije.

Za svoje predstavnike, koji će u njezino ime sudjelovati u radu Hrvatskoga sabora i njegovih radnih tijela, Vlada je odredila ministra zdravstva dr. sc. Vilija Beroša, dr. med. i državne tajnike Tomislava Dulibića, dr. sc. Silvia Bašića, dr. med. i dr. sc. Mariju Bubaš, dr. med.


3
PREDSJEDNIK
mr. sc. Andrej Plenković

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

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

Članak 1.

U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.), u članku 4. stavku 1. iza riječi: „boravkom“ dodaju se riječi: „ili dugotrajnim boravištem“.

Članak 2.

Članak 5. mijenja se i glasi:

„Na obvezno zdravstveno osiguranje prema odredbama ovoga Zakona obvezno se osiguravaju i državljani drugih država članica Europske unije, državljani države Europskoga gospodarskog prostora, Švicarske konfederacije i Ujedinjene kraljevine Velike Britanije i Sjeverne Irske (u daljnjem tekstu: države članice), državljani države koja s Republikom Hrvatskom ima sklopljen ugovor o socijalnom osiguranju kojim je uređeno pitanje zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovorna država) te državljani države koja nije država članica niti ugovorna država (u daljnjem tekstu: treća država) s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, a na temelju radnog odnosa, odnosno obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti na državnom području Republike Hrvatske, ako su ispunjeni uvjeti prema propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u Republici Hrvatskoj i ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.“

Članak 3.

Članak 7. mijenja se i glasi:

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

1. osobe u radnom odnosu, službenici i namještenici i s njima, prema posebnim propisima, izjednačene osobe zaposlene na državnom području Republike Hrvatske
2. osobe koje su izabrane ili imenovane na dužnosti u određenim tijelima javne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave, ako za taj rad primaju plaću
3. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj zaposlene u drugoj državi članici ili ugovornoj državi koje nemaju zdravstveno osiguranje nositelja zdravstvenog osiguranja države članice ili ugovorne 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, izvršni direktori trgovačkih društava, likvidatori i upravitelji zadruga, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada i ako posebnim propisom nije drukčije određeno

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, u skladu s 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. osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje ako su vlasnici, posjednici ili zakupci ili ako poljoprivrednu djelatnost obavljaju u obliku samoopisnog poljoprivrednog gospodarstva te ako nisu obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu obvezno zdravstveno osigurane po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu ili se nalaze na redovitom školovanju
8. osobe koje obavljaju poljoprivrednu i šumarsku djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje, a upisane su u Upisnik obiteljskih poljoprivrednih gospodarstava, odnosno Upisnik šumoposjednika u svojstvu nositelja ili člana obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva, ako nisu obvezno zdravstveno osigurane 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 obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada
10. korisnici prava na mirovinu prema propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište, odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište u Republici Hrvatskoj
11. korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju prema propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište, odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište 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, odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište u Republici Hrvatskoj
13. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana:
 - a) prestanka radnog odnosa, prestanka obavljanja djelatnosti ili od dana prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema ovom Zakonu
 - b) 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) 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) navršениh 18 godina života, ako nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi
 - e) isteka školske, odnosno akademske godine u kojoj su završile redovito školovanje prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj ili drugoj državi članici, odnosno 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 koji su državljani Republike Hrvatske s prebivalištem u drugoj državi članici koji u Republici Hrvatskoj imaju boravište, pod uvjetom da nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici te stranci s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, s tim da status osiguranika po tom osnovu 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 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 ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, s tim da status osiguranika po tom osnovu 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 obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi
16. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj iznad 18 godina života, koje su prema propisima o redovitom 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, odnosno redovitog studenta, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi
17. supružnik umrlog osiguranika, odnosno životni partner i neformalni životni partner umrlog osiguranika, hrvatski državljanin s prebivalištem ili stranac s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, koji nakon smrti supružnika, odnosno životnog partnera nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako se Zavodu prijavio u roku od 30 dana od dana smrti supružnika, odnosno životnog partnera, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi
18. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj kojima je priznat status ratnog vojnog ili civilnog invalida rata, mirnodopskog vojnog invalida, status žrtve seksualnog nasilja u Domovinskom ratu, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine u skladu s posebnim propisima o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, o civilnim stradalnicima iz Domovinskog rata ili o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi
19. osobe kojima je priznat status hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi
20. osobe koje pružaju njegu i pomoć hrvatskom ratnom vojnom invalidu Domovinskog rata u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako 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 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, ugovornu ili treću državu u sklopu međunarodne obrazovne, znanstvene i kulturne suradnje, dok se tamo nalaze po toj osnovi
25. osobe kojima je priznato pravo na status roditelja njegovatelja, odnosno status njegovatelja u skladu sa zakonom kojim se uređuje socijalna skrb
26. osobe koje imaju status člana obitelji smrtno stradalog ili nestaloga hrvatskog branitelja u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi
27. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda i nalaze se u ustrojstvenim jedinicama ministarstva nadležnog za pravosuđe, prema prijavi ministarstva nadležnog za pravosuđe
28. osobe koje obavljaju udomiteljstvo kao zanimanje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje udomiteljstvo
29. osobe koje su ostvarile pravo na nacionalnu naknadu za starije osobe u skladu sa zakonom kojim se uređuje nacionalna naknada za starije osobe ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi.

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

(3) Djelatnosti osobe 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, u skladu s 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., 25. i 28. 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. te stavka 6. ovoga članka i osobe iz članka 11. stavka 1. točke 3. i članka 11. stavaka 2. i 3. ovoga Zakona Zavod i Hrvatski zavod za zapošljavanje međusobno će razmjenjivati podatke o statusu nezaposlenih osoba iz evidencije nezaposlenih osoba Hrvatskog zavoda za zapošljavanje.

(6) Pod uvjetima i na način utvrđen stavkom 1. točkom 13. ovoga članka status osiguranika može steći hrvatski državljanin s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranac s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj nakon prestanka mandata zastupnika u Europskom parlamentu, odnosno nakon prestanka radnog odnosa u institucijama,

tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike te državljanin druge države članice s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti na državnom području Republike Hrvatske.

(7) Osigurane osobe kojima je utvrđen status u obveznom zdravstvenom osiguranju u skladu sa stavkom 1. točkom 13. ovoga članka, a koje se ne vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje kao nezaposlene osobe obvezne su jednom u tri mjeseca osobno pristupiti Zavodu radi provjere okolnosti na temelju kojih im je taj status utvrđen.

(8) Osigurane osobe iz stavka 7. ovoga članka Zavod će odjaviti iz obveznoga zdravstvenog osiguranja po službenoj dužnosti bez donošenja rješenja prvoga dana nakon isteka tri mjeseca od zadnjeg osobnog pristupanja Zavodu.“.

Članak 4.

U članku 10. stavku 1. iza točke 1. dodaje se nova točka 2. koja glasi:

„2. životni partner i neformalni životni partner u skladu sa zakonom kojim se uređuje životno partnerstvo osoba istog spola,“.

U dosadašnjoj točki 2. koja postaje točka 3. iza riječi: „pastorčad“ dodaju se zarez i riječi: „u partnerskoj skrbi“.

Dosadašnje točke 3. i 4. postaju točke 4. i 5.

U stavku 2. iza riječi: „stalni boravak“ dodaju se riječi: „ili dugotrajno boravište“.

Članak 5.

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

„(3) Odredbe stavaka 1. i 2. ovoga članka primjenjuju se pod istim uvjetima i na životnog partnera nakon raskida životnog partnerstva, u skladu sa zakonom kojim se uređuje životno partnerstvo osoba istog spola.“.

Članak 6.

Članak 13. mijenja se i glasi:

„(1) Osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj koje obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih člancima 7. - 12. te člancima 14. i 15. ovoga Zakona obvezne su osigurati se na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe te su obveznici plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obvezna osiguranja.

(2) Osobe iz stavka 1. ovoga članka prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja stječu pod uvjetom da su prethodno jednokratno uplatile novčani iznos u visini doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje na najnižu osnovicu za obračun doprinosa za obvezno

zdravstveno osiguranje i to od dana prestanka ranijeg statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ili od dana prestanka osiguranja u drugoj državi koje osiguranje se ubraja u staž osiguranja u skladu s propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom, a najdulje za razdoblje od 12 mjeseci.

(3) Iznimno od stavka 1. ovoga članka hrvatski državljani s boravištem u Republici Hrvatskoj kojima obvezno zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita nije osigurana po drugoj osnovi, odnosno koji nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici ili ugovornoj državi osiguravaju se na obvezno zdravstveno osiguranje, a status osigurane osobe i prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja stječu pod uvjetom jednokratne uplate novčanog iznosa u skladu sa stavkom 2. ovoga članka te su obveznici plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obvezna osiguranja.“.

Članak 7.

Članak 15. mijenja se i glasi:

„(1) Osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj koje su nesposobne za samostalan život i rad, a pod uvjetom da nemaju sredstava za uzdržavanje, osiguravaju se na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe osnovom rješenja koje u prvom stupnju donosi nadležno upravno tijelo županije, odnosno Grada Zagreba u čijem je djelokrugu obavljanje povjerenih im poslova državne uprave koji se odnose na socijalnu skrb, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi.

(2) Protiv rješenja iz stavka 1. ovoga članka može se izjaviti žalba ministarstvu nadležnom za poslove socijalne skrbi.

(3) Žalba iz stavka 2. ovoga članka ne odgađa izvršenje rješenja.

(4) Obvezno zdravstveno osiguranje prema osnovi osiguranja utvrđenoj stavkom 1. ovoga članka traje za sve vrijeme dok se ne promijene okolnosti na osnovi kojih je osobi utvrđen status osigurane osobe.

(5) Mjerila i način utvrđivanja nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatka sredstava za uzdržavanje iz stavka 1. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za poslove socijalne skrbi.“.

Članak 8.

U članku 18. stavku 1. točka 7. mijenja se i glasi:

„7. zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama, ugovornim državama i trećim državama.“.

Stavci 2. i 3. mijenjaju se i glase:

„(2) Zdravstvena zaštita iz stavka 1. točaka 1. do 3. ovoga članka osigurava se provedbom mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koje utvrđuje Zavod općim aktom uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koji se donosi u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.

(3) Opći akt iz stavka 2. ovoga članka donosi se u okviru utvrđenih prava osiguranih osoba u obveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu s načinom provođenja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, elementima i kriterijima za definiranje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i osiguranim financijskim sredstvima.“.

Iza stavka 3. dodaje se novi stavak 4. koji glasi:

„(4) Zavod mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita donosi na temelju sljedećih kriterija: mreže javne zdravstvene službe, načela zdravstvene zaštite, organizacijskih oblika obavljanja zdravstvene djelatnosti te financijskog plana Zavoda kojim su osigurana sredstva za provedbu prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.“.

Dosadašnji stavci 4. i 5. postaju stavci 5. i 6.

Članak 9.

Članak 19. mijenja se i glasi:

„(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. specifičnu zdravstvenu zaštitu redovitih učenika i redovitih studenata prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj
3. preventivnu zdravstvenu zaštitu
4. zdravstvenu zaštitu žena u vezi s praćenjem trudnoće i poroda
5. zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinski pomognutom oplodnjom, u skladu sa zakonom kojim se uređuje medicinski pomognuta oplodnja
6. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina života
7. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom iz registra osoba s invaliditetom utvrđenog zakonom kojim se uređuje registar osoba s invaliditetom
8. cjelokupno liječenje zaraznih bolesti za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprječavanje 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
16. kućne posjete i kućno liječenje
17. patronažnu zdravstvenu zaštitu
18. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika
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
23. postupke koji su sastavni dio preventivnih pregleda u okviru specifične zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

(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 - 1 % proračunske osnovice
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite - 2 % proračunske osnovice
3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda - 2 % proračunske osnovice
4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući - 1 % proračunske osnovice po danu
5. liječenje u drugim državama članicama i trećim državama u skladu s propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, ovom Zakonu i općem aktu Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno
6. troškove bolničke zdravstvene zaštite - 4,01 % proračunske osnovice po danu
7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti - 40,09 % proračunske osnovice
8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za osobe starije od 65 godina - 20,04 % 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, u skladu s općim aktom Zavoda
2. izdavanje lijeka po receptu.

(5) Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 3. ovoga članka koji je obvezna snositi osigurana osoba može po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 120,26 % proračunske osnovice.

(6) Zdravstvene usluge koje se osiguravaju osiguranim osobama u okviru zdravstvene zaštite iz stavaka 2., 3. i 4. ovoga članka utvrđuje općim aktom Zavod.

(7) Način provođenja preventivne zdravstvene zaštite iz stavka 2. točke 3. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

(8) Način provođenja izvanbolničke hitne medicinske pomoći u djelatnosti hitne medicine koja uključuje hitni prijevoz iz stavka 2. točke 15. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

(9) Posebne kategorije bolesnika i način provođenja sanitetskog prijevoza iz stavka 2. točke 18. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.“.

Članak 10.

Članak 20. mijenja se i glasi:

„(1) Osnovna i dopunska 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 i koji imaju odgovarajuće odobrenje za stavljanje u promet (u daljnjem tekstu: lijekovi).

(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 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 uvjete pod kojima se lijekovi mogu propisivati na recept Zavoda ili primijeniti u liječenju osigurane osobe u okviru zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

(3) Liste lijekova iz stavka 1. ovoga članka s podacima iz stavka 2. ovoga članka Zavod je obvezan staviti na uvid ugovornim partnerima Zavoda koji su povezani s prometom lijekova te nositeljima odobrenja za stavljanje lijeka u promet s kojima Zavod utvrđuje cijenu lijeka.

(4) Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži lijekove koji se u cijelosti osiguravaju na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja.

(5) Dopunska lista lijekova Zavoda obvezno sadrži iznos sudjelovanja u cijeni lijeka koju osigurava osigurana osoba Zavoda neposredno ili putem dopuskoga zdravstvenog osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(6) Liste lijekova iz stavka 1. ovoga članka utvrđuje Upravno vijeće Zavoda, a na mrežnoj stranici Zavoda objavljuju se sljedeći podaci: šifra anatomsko-terapijsko-kemijske (ATK) klasifikacije lijekova Svjetske zdravstvene organizacije, uobičajeni (nezaštićeni) naziv lijeka, zaštićeni naziv lijeka, naziv nositelja odobrenja za stavljanje lijeka u promet, oblik i pakiranje lijeka te iznos sudjelovanja osigurane osobe u cijeni lijeka.

(7) Mjerila za stavljanje lijekova na liste lijekova Zavoda, način utvrđivanja cijena lijekova koje će plaćati Zavod te način izvještavanja o njima propisuje pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo, u skladu sa zakonom kojim se uređuju lijekovi.

(8) Način propisivanja i izdavanja lijekova na recept Zavoda te oblik i sadržaj recepta utvrđuje općim aktom Zavod.“.

Članak 11.

Iza članka 20. dodaje se članak 20.a koji glasi:

„Članak 20.a

(1) Popis posebno skupih lijekova utvrđuje se u okviru osnovne liste lijekova za koje se sredstva u cijelosti osiguravaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a koja ne terete sredstva bolničke zdravstvene ustanove.

(2) Osigurana osoba ostvaruje pravo na lijekove iz stavka 1. ovoga članka ako ispunjava kriterije koji su uz pojedini lijek navedeni u osnovnoj listi lijekova.

(3) Primjenu lijeka iz stavka 1. ovoga članka s popisa posebno skupih lijekova kod osigurane osobe odobrava povjerenstvo za lijekove bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi.

(4) Bolnička zdravstvena ustanova čije je povjerenstvo za lijekove odobrilo lijek iz stavka 1. ovoga članka obvezna je dostaviti Zavodu dokumentaciju temeljem koje je odobren početak, odnosno nastavak primjene lijeka kod osigurane osobe sukladno stavku 3. ovoga članka radi procjene kriterija u svrhu praćenja ishoda liječenja.

(5) U slučaju prestanka primjene lijeka iz stavka 3. ovoga članka, radi praćenja ishoda liječenja, uz dokumentaciju iz stavka 4. ovoga članka bolnička zdravstvena ustanova obvezna je Zavodu dostaviti i dokumentaciju ili dokument kojim se navodi razlog prestanka primjene lijeka kod osigurane osobe iz stavka 3. ovoga članka.

(6) Način prikupljanja dokumentacije iz stavaka 4. i 5. ovoga članka i praćenje ishoda liječenja utvrđuje općim aktom Zavod uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.

Članak 12.

U članku 21. iza stavka 4. dodaju se stavci 5., 6. i 7. koji glase:

„(5) Bolnička zdravstvena ustanova obvezna je Zavodu i Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo svaka tri mjeseca dostavljati izvješće o potrošnji lijekova i rezultatima mjerenja ishoda liječenja lijekovima koji su odobreni u skladu sa stavcima 2., 3. i 4. ovoga članka.

(6) Podatke iz stavka 5. ovoga članka u obliku registra ishoda liječenja sistematizira i vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

(7) Sadržaj i način vođenja registra iz stavka 6. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.“.

Članak 13.

U članku 24. stavak 3. mijenja se i glasi:

„(3) U prethodno obvezno zdravstveno osiguranje iz stavka 1. ovoga članka ubraja se i zdravstveno osiguranje ostvareno temeljem mandata zastupnika u Europskom parlamentu, odnosno radnog odnosa u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike.“.

Članak 14.

U članku 26. stavku 1. iza riječi: „drugim državama članicama“ dodaju se zarez i riječ: „ugovornim“.

Članak 15.

Naslov iznad članka 33. i članak 33. mijenjaju se i glase:

„4. Standardi zdravstvene zaštite

Članak 33.

Standarde zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika, u skladu s mjerama zdravstvene zaštite iz članka 18. stavka 2. ovoga Zakona utvrđuje općim aktom Zavod, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.

Članak 16.

Članak 35. 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.

(2) Osigurane osobe troškove zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka plaćaju osobno prilikom korištenja zdravstvene zaštite, odnosno putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(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 i ugovornih isporučitelja pomagala, a sredstva iz članka 19. stavka 4. ovoga Zakona prihod su Zavoda.

(4) U troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 4. ovoga Zakona nije obvezno sudjelovati dijete do navršene 18. godine života i osigurane osobe iz članka 12. stavaka 2. i 3. te članka 15. stavka 1. ovoga Zakona.“.

Članak 17.

Članak 39. mijenja se i glasi:

„Pravo na naknadu plaće pripada osiguraniku u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno drugih okolnosti utvrđenih ovim Zakonom, ako je:

1. privremeno nesposoban za rad zbog bolesti ili ozljede, odnosno ako je radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smješten u zdravstvenu ustanovu
2. privremeno spriječen obavljati rad zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može obaviti izvan radnog vremena osiguranika
3. izoliran kao kliconoša ili privremeno nesposoban za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osigurane osobe Zavoda
4. pratitelj osigurane osobe upućene na liječenje ili liječnički pregled ugovornom subjektu Zavoda izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe koja se upućuje
5. određen da njeguje oboljelog člana uže obitelji - dijete, supružnika i životnog partnera, uz uvjete propisane ovim Zakonom
6. privremeno nesposobna za rad zbog bolesti i komplikacija u vezi s trudnoćom i porodom
7. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnog dopusta i prava na rad u polovici punoga radnog vremena u skladu sa zakonom kojim se uređuju roditeljne i roditeljske potpore
8. privremeno nesposoban za rad zbog korištenja dopusta za slučaj smrti djeteta, mrtvorodenog djeteta ili smrti djeteta za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta u skladu sa zakonom kojim se uređuju roditeljne i roditeljske potpore
9. privremeno nesposoban za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu
10. privremeno nesposoban za rad zbog priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti
11. izoliran zbog pojave zaraze u njegovoj okolini.“

Članak 18.

U članku 41. stavak 2. mijenja se i glasi:

„(2) Naknadu plaće iz članka 39. točaka 9. i 11. ovoga Zakona Zavod isplaćuje osiguraniku na teret sredstava državnog proračuna.“

Članak 19.

U članku 45. stavku 3. iza riječi: „pastorče,“ dodaju se riječi: „dijete u partnerskoj skrbi“.

U stavku 4. iza riječi: „života“ dodaje se zarez, a riječi: „ili supružnika“ zamjenjuju se riječima: „supružnika ili životnog partnera“.

Stavak 5. mijenja se i glasi:

„(5) Njega člana obitelji iz stavka 4. ovoga članka može se odobriti samo u slučaju teškog zdravstvenog stanja člana obitelji uzrokovanog bolešću, odnosno ozljedom, koje utvrđuje izabrani doktor osiguranika na osnovi medicinske dokumentacije izabranog doktora člana obitelji za kojeg se određuje njega.“.

Stavci 6. i 7. brišu se.

Dosadašnji stavak 8. postaje stavak 6.

Članak 20.

Članak 46. mijenja se i glasi:

„(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 s njegovim zdravstvenim stanjem i medicinskom indikacijom, odnosno ovisno o drugim razlozima privremene spriječenosti za rad utvrđene člankom 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 tijela vještačenja Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom 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.

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

Zavod putem osoba ovlaštenih za provedbu kontrole ili drugog nadležnog tijela u skladu s općim aktom Zavoda iz stavka 10. ovoga članka.

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

(8) Ako se u postupku provedbe kontrole iz stavka 6. ovoga članka utvrdi nepostojanje medicinskih indikacija za daljnje korištenje privremene nesposobnosti osobe ovlaštene za provedbu kontrole prema ovome Zakonu imaju pravo zaključiti privremenu nesposobnost osiguraniku.

(9) U posebno opravdanim slučajevima kada ima saznanja ili opravdanu sumnju na zlouporabu privremene nesposobnosti osiguranika, poslodavac može za vrijeme trajanja potonje zahtijevati od Zavoda kontrolu opravdanosti privremene nesposobnosti osiguranika.

(10) Način provođenja nadzora i kontrole privremene nesposobnosti osiguranika utvrđuje općim aktom Zavod.“.

Članak 21.

U članku 47. stavak 1. mijenja se i glasi:

„(1) Osiguraniku nezadovoljnom ocjenom izabranog doktora u vezi s utvrđivanjem privremene nesposobnosti, odnosno ako mu izabrani doktor ne utvrdi privremenu nesposobnost, promijeni dijagnozu bolesti tijekom trajanja utvrđene privremene nesposobnosti te kada mu utvrdi prestanak 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.“.

Iza stavka 2. dodaje se stavak 3. koji glasi:

„(3) Ovaj članak na odgovarajući način se primjenjuje i u slučaju zaključivanja privremene nesposobnosti za rad u postupku kontrole iz članka 46. stavka 8. ovoga Zakona.“.

Članak 22.

Članak 48. mijenja se i glasi:

„(1) Osiguranik za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 1. do 6. te točaka 9. do 11. 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 se u postupku kontrole iz članka 46. stavka 6. ovoga Zakona ne utvrdi da je sposoban za rad, odnosno 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 obvezan je obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti te ga sa svom propisanom dokumentacijom uputiti Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje, koje će zahtjev za ocjenu radne sposobnosti uputiti Zavodu za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom čije je nadležno tijelo vještačenja obvezno donijeti nalaz i mišljenje o radnoj sposobnosti, odnosno smanjenju ili gubitku radne sposobnosti osiguranika ili neposrednoj opasnosti od nastanka smanjenja radne sposobnosti najkasnije u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora.

(3) O donesenom nalazu i mišljenju iz stavka 2. ovoga članka Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom obvezan je obavijestiti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku od osam dana od dana njegovog donošenja.

(4) 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 smanjenja 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.

(5) Ako nadležno tijelo vještačenja ne donese nalaz i mišljenje te ne izvijesti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku iz stavaka 2. i 3. 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.

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

Članak 23.

Članak 49. mijenja se i glasi:

„(1) Za vrijeme ponovno utvrđene privremene nesposobnosti osiguranika kojem je nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja utvrđeno smanjenje radne sposobnosti 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 smanjenja 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.

(3) Naknada plaće iz stavka 2. ovoga članka tereti sredstva poslodavca sve do dana sklapanja pisanog ugovora o radu za obavljanje poslova za koje je osiguranik sposoban.

(4) 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.

(5) Osiguranik iz članka 7. stavka 1. točaka 3., 4., 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 smanjenja 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 ili neposredne opasnosti od nastanka smanjenja radne sposobnosti.“.

Članak 24.

Članak 50. mijenja se i glasi:

„Osiguranik koji je navršio 70 godina života i 15 godina mirovinskog staža na temelju nesamostalnog ili samostalnog rada nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja za vrijeme privremene nesposobnosti, već na teret sredstava poslodavca, odnosno na teret sredstava osiguranika obveznika uplate doprinosa.“.

Članak 25.

U članku 51. stavku 1. riječ: „osam“ zamjenjuje se brojkom: „15“.

Iza stavka 4. dodaje se stavak 5. koji glasi:

„(5) Uvjet utvrđene privremene nesposobnosti od najmanje 15 dana prije prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom iz stavka 1. ovoga članka ne odnosi se na osiguranika kojem je privremena nesposobnost utvrđena unutar toga roka zbog priznate nove ozljede na radu, odnosno nove profesionalne bolesti te na osiguranika pomorca u međunarodnoj plovidbi kojem je privremena nesposobnost utvrđena unutar toga roka od strane broskog doktora ili osobe ovlaštene za pružanje zdravstvene zaštite na brodu.“.

Članak 26.

U članku 52. stavak 1. mijenja se i glasi:

„(1) Osiguranik ima pravo na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna ostvariti pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 1. do 5. te točaka 9., 10. i 11. ovoga Zakona, počevši od prvoga dana utvrđene privremene nesposobnosti u maksimalnom trajanju od 18 mjeseci po istoj dijagnozi bolesti, bez prekida, u visini utvrđenoj u skladu s ovim Zakonom i općim aktima Zavoda.“.

Iza stavka 3. dodaje se stavak 4. koji glasi:

„(4) Tijekom praćenja privremene nesposobnosti iz stavka 1. ovoga članka izabrani doktor obvezan je pridržavati se medicinskih indikacija te nije dopušteno mijenjanje dijagnoze bolesti osiguranika, odnosno zaključivanje privremene nesposobnosti ako za to ne postoji medicinska indikacija.“.

Članak 27.

U članku 53. stavak 1. mijenja se i glasi:

„(1) Osiguranik nema pravo na naknadu plaće prema ovome Zakonu ako:

1. je svjesno prouzročio privremenu nesposobnost
2. ne izvijesti izabranog doktora o nastanku privremene nesposobnosti u roku od tri dana od dana početka bolesti ili nastanka drugih okolnosti utvrđenih člankom 39. ovoga Zakona, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ga je u tome onemogućio
3. namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad
4. za vrijeme privremene nesposobnosti radi, odnosno obavlja poslove osnovom kojih je obvezno zdravstveno osiguran, obavlja ugovorene poslove temeljem ugovora o djelu te bilo koje druge poslove kao što su poljoprivredni radovi i sl.
5. se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora, odnosno ovlaštene osobe ili tijela Zavoda ovlaštenih za nadzor i kontrolu privremene nesposobnosti
6. izabrani doktor, ovlaštena osoba ili tijelo Zavoda ovlaštene za kontrolu privremene nesposobnosti utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora otputuje iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta ili zlorabi privremenu nesposobnost na neki drugi način
7. za vrijeme privremene nesposobnosti zadržava pravo na naknadu za rad u skladu s posebnim zakonom
8. mu je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda
9. mu je za vrijeme dok je udaljen s rada ili otkaznog roka za vrijeme kojeg nema obvezu rada utvrđena privremena nesposobnost.“.

Članak 28.

Članak 54. mijenja se i glasi:

„(1) Naknada plaće određuje se od osnovice za naknadu plaće 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) Plaća na osnovi koje se utvrđuje osnovica za naknadu plaće, u smislu ovoga Zakona, je redovita mjesečna plaća osiguranika te naknada plaće isplaćena za vrijeme odsutnosti s rada, odnosno za vrijeme godišnjeg odmor, plaćenog dopusta i privremene nesposobnosti, koja se isplaćuje na teret pravne ili fizičke osobe kod koje je osiguranik zaposlen.

(3) Za osiguranika iz članka 7. stavka 1. točke 1. ovoga Zakona upućenog na privremeni rad u inozemstvo te 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 od stavka 1. ovoga članka, osiguranicima koji pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti ostvaruju na teret sredstava Zavoda ili državnog proračuna, u osnovicu za naknadu plaće uračunavaju se i drugi dohoci ostvareni prema primicima od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak, a u skladu s propisima o doprinosima za obvezna osiguranja pod uvjetom da su isplaćeni u šestomjesečnom razdoblju na temelju kojih se utvrđuje osnovica za naknadu plaće 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 plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda, odnosno na teret sredstava državnog proračuna za naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti zbog pojave zaraze u okolini osiguranika iz članka 39. točke 11. ovoga Zakona 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, umanjene za zakonom propisane obvezne doprinose, poreze i prireze.

(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) Način utvrđivanja osnovice za naknadu plaće pobliže utvrđuje općim aktom Zavod.“.

Članak 29.

U članku 55. stavak 3. mijenja se i glasi:

„(3) Visinu naknade plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda, odnosno na teret sredstava državnog proračuna za naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti zbog

pojave zaraze u okolini osiguranika iz stavka 2. točke 7. ovoga članka 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.“.

Članak 30.

U članku 56. stavak 1. mijenja se i glasi:

„(1) Naknada plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda, odnosno na teret sredstava državnog proračuna za naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti zbog pojave zaraze u okolini osiguranika iz članka 39. točke 11. ovoga Zakona 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.“.

Iza stavka 1. dodaje se novi stavak 2. koji glasi:

„(2) U prethodno osiguranje iz stavka 1. ovoga članka ubraja se i zdravstveno osiguranje ostvareno temeljem mandata zastupnika u Europskom parlamentu, odnosno radnog odnosa u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike radnog odnosa.“.

Dosadašnji stavci 2. i 3. postaju stavci 3. i 4.

Članak 31.

U članku 60. riječ: „osam“ zamjenjuje se brojkom: „15“.

Članak 32.

U članku 70. stavku 1. brojevi: „20. i 25.“ zamjenjuju se brojevima: „20., 25. i 28.“.

Članak 33.

Članak 71. mijenja se i glasi:

„Osiguranicima iz članka 7. stavka 1. točaka 1. do 6. te točaka 8., 9., 20., 25. i 28. ovoga Zakona osiguravaju se mjere specifične zdravstvene zaštite radnika koje provode doktori specijalisti medicine rada/medicine rada i sporta, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i posebnim zakonima te pravilnicima donesenim na temelju tih zakona.“.

Članak 34.

Članak 72. mijenja se i glasi:

„(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 osoba iz članka 7. stavka 1. točaka 13., 16., 17. i 19. te stavka 6. ovoga Zakona i članka 11. stavka 1. točke 3. te stavaka 2. i 3. ovoga Zakona koje se vode u evidenciji nezaposlenih osoba prema zakonu kojim se uređuje tržište rada
4. doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje osiguranih osoba kojima je odlukom nadležnoga suda oduzeta sloboda iz članka 7. stavka 1. točke 27. 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 u skladu s člankom 82. ovoga Zakona
8. prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju
9. prihodi Zavoda od dividendi, kamata, financijskih ugovora i drugih prihoda
10. prihodi od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti.

(2) Prihod iz stavka 1. točke 10. ovoga članka uplaćuju društva za osiguranje u visini od 5 % naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti na ime troškova za zdravstvenu zaštitu koja je posljedica ozljeda prouzročenih od strane vlasnika, odnosno korisnika osiguranoga motornog vozila.

(3) Društva za osiguranje obvezna su sredstva od prihoda iz stavka 1. točke 10. ovoga članka u iznosu propisanom stavkom 2. ovoga članka uplatiti do 10. u mjesecu za prethodni mjesec na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja.

(4) Društva za osiguranje obvezna su Ministarstvu financija, Poreznoj upravi podnijeti izvješće o obračunatim i uplaćenim mjesečnim sredstvima od prihoda iz stavka 1. točke 10. ovoga članka do 15. u mjesecu za prethodni mjesec.

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

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

(7) Način plaćanja i izvješćivanja, kao i postupak nadzora nad provedbom odredbi stavaka 3. i 4. ovoga članka utvrđuje pravilnikom ministar nadležan za financije.“

Članak 35.

U članku 82. stavku 1. točka 1. mijenja se i glasi:

„1. sredstva za naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 9. i 11. i članka 52. stavka 2. ovoga Zakona,“.

U točki 2. podtočka a) mijenja se i glasi:

„a) osiguranike iz članka 7. stavka 1. točaka 13., 16., 17. i 19. i stavka 6. te članka 11. stavka 1. točke 3. te stavaka 2. i 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., 28. i 29. ovoga Zakona,“.

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

„(3) Iznimno od stavka 1. ovoga članka Republika Hrvatska osigurat će dodatna sredstva u državnom proračunu za pokriće prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, sukladno potrebama i u skladu s fiskalnim mogućnostima.

(4) Opći akt kojim se utvrđuju način i elementi za izračun prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz stavka 1. ovoga članka donosi Zavod, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo i uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za financije.“.

Članak 36.

Iza članka 87. dodaje se članak 87.a koji glasi:

„Članak 87.a

(1) Zavod općim aktom utvrđuje cijene usluga zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja najmanje jednom u pet godina, a revidira ih najmanje jednom godišnje.

(2) Kod utvrđivanja rokova za plaćanje računa ugovornim subjektima Zavoda za pruženu zdravstvenu zaštitu primjenjuje se zakon kojim se uređuje financijsko poslovanje i predstečajna nagodba.“.

Članak 37.

Iza članka 88. dodaje se članak 88.a koji glasi:

„Članak 88.a

(1) Iznimno od članka 88. stavka 1. ovoga Zakona, ako se na temelju praćenja listi čekanja utvrdi značajno produženje čekanja na određene zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod može, na zahtjev ministarstva nadležnog za zdravstvo, raspisati natječaj u skladu s općim aktom iz članka 87. stavka 1. ovoga Zakona i ugovoriti provođenje tih zdravstvenih usluga s pojedinim zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima.

(2) Odredbe članka 88. stavaka 3., 4. i 5. te članaka 89. do 92. ovoga Zakona odgovarajuće se primjenjuju i na postupke iz stavka 1. ovoga članka.“.

Članak 38.

Iza članka 98. dodaje se članak 98.a koji glasi:

„Članak 98.a

- (1) U obavljanju poslova iz članka 98. ovoga Zakona, Zavod prikuplja i dalje obrađuje osobne podatke osiguranih osoba neophodne za primjenu ovoga Zakona.
- (2) Osobni podaci osiguranih osoba prikupljaju se samo u opsegu koji je nužan u cilju ostvarivanja prava i utvrđivanja obveza iz ovoga Zakona, kao i izvršavanja zadaća od javnog interesa ili javnih ovlasti Zavoda koje proizlaze iz ovoga Zakona.
- (3) Razmjena osobnih podataka s drugim tijelima javne vlasti, kao i ugovornim subjektima obavlja se isključivo u svrhu utvrđivanja prava i obveza osiguranih osoba u skladu s ovim Zakonom i drugim propisima, a mora biti neophodna i proporcionalna svrsi za koju se obavlja.
- (4) Zavod može odbiti zahtjev drugog tijela javne vlasti kao i ugovornih subjekata za dostavu osobnih podataka osigurane osobe ako nije sukladan Uredbi (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) (SL L 119, 4.5.2016., u daljnjem tekstu: Uredba 679/2016) i drugim propisima kojima je uređena zaštita osobnih podataka.
- (5) Osobni podaci osiguranih osoba koje Zavod prikuplja i dalje obrađuje u provedbi odredbi ovoga Zakona predstavljaju službenu tajnu.”

Članak 39.

Članak 99. mijenja se i glasi:

- „(1) Zavod obavlja poslove iz svoje djelatnosti putem središnje ustrojstvene jedinice i područnih ustrojstvenih jedinica.
- (2) Djelokrug i područja rada ustrojstvenih jedinica Zavoda, njezini nazivi, kao i druga pitanja značajna za obavljanje poslova u Zavodu uređuju se statutom Zavoda.“

Članak 40.

Članci 100. i 101. brišu se.

Članak 41.

U članku 104. stavku 2. iza riječi: „Narodnim novinama“ dodaju se zarez i riječi: „osim ako ovim Zakonom nije drugačije propisano“.

Članak 42.

U članku 105. stavak 2. mijenja se i glasi:

„(2) Ravnatelj mora imati završen diplomski sveučilišni studij pravnog, ekonomskog ili zdravstvenog usmjerenja i najmanje pet godina radnog iskustva na poslovima upravljanja temeljem stečenog akademskog naziva propisanog za ravnatelja.“.

Članak 43.

Članak 106. mijenja se i glasi:

„(1) Ravnatelja Zavoda na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo imenuje i razrješuje Vlada Republike Hrvatske.

(2) Ravnatelj Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja kojeg raspisuje Zavod na vrijeme od četiri godine.

(3) Odluku o raspisivanju javnog natječaja iz stavka 2. ovoga članka u skladu sa zakonom kojim se uređuju ustanove donosi Upravno vijeće Zavoda, a postupak odabira kandidata za ravnatelja provodi ministarstvo nadležno za zdravstvo.“.

Članak 44.

Članak 110. mijenja se i glasi:

„(1) Zamjenik ravnatelja Zavoda mora imati završen diplomski sveučilišni studij pravnog, ekonomskog ili zdravstvenog usmjerenja i najmanje pet godina radnog iskustva na poslovima upravljanja temeljem stečenog akademskog naziva.

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

(3) Zamjenik ravnatelja Zavoda imenuje se na temelju javnog natječaja kojeg raspisuje Zavod na vrijeme od četiri godine.

(4) Odluku o raspisivanju javnog natječaja iz stavka 3. ovoga članka u skladu sa zakonom kojim se uređuju ustanove donosi Upravno vijeće Zavoda, a postupak odabira kandidata za ravnatelja provodi ministarstvo nadležno za zdravstvo.“.

Članak 45.

Članak 114. briše se.

Članak 46.

Članak 115. mijenja se i glasi:

„Djelokrug, ovlaštenja i odgovornost ravnatelja, zamjenika ravnatelja i pomoćnika ravnatelja Zavoda detaljnije se uređuju statutom Zavoda.“.

Članak 47.

Članak 119. mijenja se i glasi:

„(1) Status osigurane osobe utvrđuje Zavod, a osigurana osoba prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja stječe, u pravilu, danom stjecanja statusa osigurane osobe, ako ovim Zakonom, odnosno općim aktom Zavoda kojim se uređuje ostvarivanje prava osiguranih osoba iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te obveze osiguranih osoba u ostvarivanju tih prava nije drukčije određeno.

(2) Osiguranoj osobi prestaje status osigurane osobe prema pojedinoj osnovi osiguranja danom prestanka okolnosti na temelju kojih je stekla status osigurane osobe prema toj osnovi osiguranja, odnosno danom prestanka radnog odnosa ili obavljanja gospodarske, odnosno profesionalne djelatnosti, danom brisanja poslodavca iz sudskog registra, danom prestanka statusa osiguranika u mirovinskom osiguranju na osobni zahtjev samostalnog obveznika doprinosa osnovom odobrene privremene obustave, odnosno odobrenog mirovanja obavljanja djelatnosti i sl., odnosno gubitkom statusa osobe na prebivalištu, stalnom boravku ili dugotrajnom boravištu u Republici Hrvatskoj, odnosno u slučaju prijave privremenog odlaska izvan Republike Hrvatske, ako je njezin status osigurane osobe uvjetovan prebivalištem, stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj te ako ovim Zakonom, propisima Europske unije i međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, odnosno smrću osigurane osobe.

(3) Osobi koja ispunjava uvjete za stjecanje statusa osigurane osobe Zavod utvrđuje taj status od dana nastanka okolnosti na osnovi kojih se stječe status u obveznom zdravstvenom osiguranju prema ovome Zakonu te joj se izdaje iskaznica zdravstveno osigurane osobe.

(4) Za ostvarivanje prava u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti osiguranoj osobi se izdaje europska kartica zdravstvenog osiguranja ili certifikat koji privremeno zamjenjuje europsku karticu zdravstvenog osiguranja, odnosno druga odgovarajuća potvrda u skladu s propisima Europske unije i međunarodnim ugovorima.

(5) Ispravu iz stavka 4. ovoga članka izdaje Zavod na zahtjev osigurane osobe.

(6) Opći akt o sadržaju, obliku i naknadi za troškove izdavanja isprave iz stavka 3. ovoga članka, kao i načinu njezina izdavanja te uvjetima i načinu izdavanja europske kartice zdravstvenog osiguranja iz stavka 4. ovoga članka donosi Zavod.“.

Članak 48.

U članku 120. stavak 2. mijenja se i glasi:

„(2) Status osigurane osobe, odnosno prestanak statusa osigurane osobe Zavod utvrđuje u pravilu bez donošenja rješenja, na osnovi prijave iz stavka 4. ovoga članka, odnosno po službenoj dužnosti na osnovi podataka dostavljenih od nadležnih tijela koja imaju ovlasti prikupljanja i dostave podataka radi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje, odnosno odjave s obveznoga zdravstvenog osiguranja, ako ovim Zakonom nije drukčije određeno.“.

Iza stavka 2. dodaje se novi stavak 3. koji glasi:

„(3) Iznimno od stavka 2. ovoga članka Zavod donosi rješenje na zahtjev osobe kojoj je utvrđen status osigurane osobe, odnosno prestanak toga statusa u skladu sa stavkom 2. ovoga članka.“.

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

Članak 49.

U članku 125. stavku 1. točki 1. riječi: „ustrojstvena jedinica regionalnog ureda Zavoda nadležna prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe“ zamjenjuju se riječima: „područna ustrojstvena jedinica Zavoda“.

U točki 2. riječ: „Direkcija Zavoda“ zamjenjuje se riječima: „središnja ustrojstvena jedinica Zavoda“.

Članak 50.

U članku 129. iza stavka 2. dodaje se stavak 3. koji glasi:

„(3) U postupku priznavanja ozljede na radu, radi utvrđivanja činjenica i okolnosti nastanka ozljede, odnosno bolesti, Zavod može za određeni događaj koristiti nalaze inspekcijskog nadzora obavljenog u područja zaštite na radu, odnosno može zatražiti obavljanje takvog nadzora u području zaštite na radu u slučaju ako je ozlijeđena osoba bila zadržana na bolničkom liječenju.“.

Članak 51.

Članak 131. mijenja se i glasi:

„Utvrđivanje i priznavanje ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti te način njihovog ostvarivanja pobliže uređuje općim aktom Zavod.“.

Članak 52.

U članku 146. ispred riječi: „Pri“ dodaje se oznaka stavka 1.

Iza stavka 1. dodaje se stavak 2. koji glasi:

„(2) Radi utvrđivanja prava Zavoda iz stavka 1. ovoga članka tijela državne vlasti i druga nadležna tijela, pravne i fizičke osobe obvezni su Zavodu omogućiti pristup podacima kojima raspolažu i o kojima vode službene evidencije.“.

Članak 53.

Članci 149. do 153. mijenjaju se i glase:

„Članak 149.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 66.360,00 do 132.720,00 eura kaznit će se za prekršaj društvo za osiguranje ako sredstva od prihoda od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti u visini od 5 % naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti na ime troškova za zdravstvenu zaštitu koja je posljedica ozljeda prouzročenih od strane vlasnika, odnosno korisnika osiguranoga motornog vozila ne uplati do 10. u mjesecu za prethodni mjesec na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja (članak 72. stavak 3.).

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka novčanom kaznom u iznosu od 3.980,00 do 6.630,00 eura kaznit će se i odgovorna osoba u društvu za osiguranje.

(3) Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 13.270,00 eura kaznit će se za prekršaj društvo za osiguranje ako Ministarstvu financija, Poreznoj upravi ne podnese izvješće o obračunatim i uplaćenim mjesečnim sredstvima od prihoda od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti do 15. u mjesecu za prethodni mjesec (članak 72. stavak 4.).

(4) Za prekršaj iz stavka 3. ovoga članka novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 2.650,00 eura kaznit će se i odgovorna osoba u društvu za osiguranje.

Članak 150.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 9.290,00 do 13.270,00 eura kaznit će se za prekršaj pravna osoba ako:

- ne isplati naknadu plaće u skladu s obračunom koji je dostavio Zavod najkasnije u roku od 15 dana od dana zaprimanja obračuna naknade plaće (članak 43. stavak 3.)
- ne podnese prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje, prijavu promjene u obveznom zdravstvenom osiguranju te odjavu s obveznoga zdravstvenog osiguranja u roku od osam dana od dana nastanka, promjene ili prestanka okolnosti na osnovi kojih se stječe ili prestaje status osigurane osobe (članak 120. stavak 4.)
- podnese prijavu osnovom zaključenog ugovora o radu koji se ne temelji na istinitom činjeničnom stanju i postojanju stvarnih okolnosti koje su osnova za stjecanje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju, odnosno ako svrha zaključenog ugovora o radu nije bila obavljanje poslova u skladu s tim ugovorom već isključivo ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (članak 122. stavak 4.).

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka novčanom kaznom u iznosu od 1.060,00 do 1.990,00 eura kaznit će se i odgovorna osoba u pravnoj osobi i fizička osoba.

(3) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka pravnoj ili fizičkoj osobi iz stavaka 1. i 2. ovoga članka može se uz novčanu kaznu izreći i mjera zabrane obavljanja djelatnosti.

Članak 151.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 1.990,00 eura kaznit će se za prekršaj pravna osoba obveznik podnošenja prijave na obvezno zdravstveno osiguranje ako na traženje Zavoda ne predoči sve činjenice i dokaze kojima se dokazuje osnovanost prijave na obvezno zdravstveno osiguranje, odnosno valjanost važećeg statusa osigurane osobe (članak 122. stavak 2.).

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka novčanom kaznom u iznosu od 390,00 do 660,00 eura kaznit će se i odgovorna osoba u pravnoj osobi.

(3) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka novčanom kaznom u iznosu od 1.060,00 do 1.720,00 eura kaznit će se i fizička osoba obveznik podnošenja prijave na obvezno zdravstveno osiguranje.

Članak 152.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se ravnatelj ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse te voditelj ustrojstvene jedinice u zdravstvenoj ustanovi, svatko iz svoje nadležnosti, ako u okviru ugovorenih sredstava ne osiguraju osiguranim osobama zdravstvenu zaštitu koju su sa Zavodom ugovorili te nenamjenski troše sredstva osigurana za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (članak 93.).

(2) Novčanom kaznom u iznosu od 6.630,00 do 33.180,00 eura kaznit će se za prekršaj ugovorna zdravstvena ustanova ako ne koristi namjenski sredstva ostvarena temeljem ugovora sa Zavodom o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (članak 94. stavak 3. točka 4.).

(3) Za prekršaj iz stavka 2. ovoga članka novčanom kaznom u iznosu od 1.320,00 do 6.630,00 eura kaznit će se i odgovorna osoba u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi.

(4) Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 2.650,00 eura kaznit će se za prekršaj izabrani doktor ako:

- utvrdi dužinu trajanja privremene nesposobnosti osiguranika koja nije u skladu s njegovim zdravstvenim stanjem i medicinskom indikacijom, odnosno s drugim razlozima privremene spriječenosti za rad utvrđene člankom 39. ovoga Zakona (članak 46. stavak 2.)
- ne utvrdi prestanak privremene nesposobnosti osiguraniku kod kojega je nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom nadležnog za provođenje vještačenja u svrhu ostvarivanja prava u području mirovinskog osiguranja, 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 (članak 46. stavak 4.)
- je utvrdio privremenu nesposobnost osiguraniku kod kojeg je utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, odnosno kod kojeg je utvrđen djelomični gubitak radne sposobnosti, a nije došlo do pogoršanja bolesti osnovom koje mu je isto utvrđeno ili pojavom bolesti osnovom druge dijagnoze bolesti (članak 46. stavak 5.)
- mijenja dijagnozu bolesti osiguranika, odnosno neopravdano zaključuje privremenu nesposobnost kada za to ne postoji medicinska indikacija, a radi izbjegavanja primjene članka 52. stavka 2. ovoga Zakona (članak 52. stavak 4.).

(5) Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 do 1.990,00 eura kaznit će se za prekršaj doktor specijalist bolničke zdravstvene ustanove koji je osiguranoj osobi predložio liječenje lijekom iz članka 21. stavaka 2. i 3. ovoga Zakona ako nije uputio prijedlog povjerenstvu za lijekove bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi (članak 21. stavak 4.).

Članak 153.

Novčanom kaznom u iznosu od 1.060,00 do 1.990,00 eura kaznit će se za prekršaj osigurana osoba ako:

- je svjesno prouzročila privremenu nesposobnost (članak 53. stavak 1. točka 1.)
- ne izvijesti izabranog doktora o nastanku privremene nesposobnosti u roku od tri dana od dana početka bolesti ili nastanka drugih okolnosti utvrđenih člankom 39. ovoga Zakona, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ga je u tome onemogućio (članak 53. stavak 1. točka 2.)
- namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad (članak 53. stavak 1. točka 3.)
- za vrijeme privremene nesposobnosti radi, odnosno obavlja poslove osnovom kojih je obvezno zdravstveno osiguran, obavlja ugovorene poslove temeljem ugovora o djelu te bilo koje druge poslove (npr. poljoprivredni radovi i sl.) (članak 53. stavak 1. točka 4.)
- se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora, odnosno ovlaštene osobe ili tijela Zavoda ovlaštenih za nadzor i kontrolu privremene nesposobnosti (članak 53. stavak 1. točka 5.)
- izabrani doktor, ovlaštena osoba ili tijelo Zavoda ovlaštenu za kontrolu privremene nesposobnosti utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora otpuše iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta ili zlorabi privremenu nesposobnost na neki drugi način (članak 53. stavak 1. točka 6.).“

Članak 54.

U cijelom tekstu Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.), riječi: „ministar nadležan za zdravlje“ u određenom padežu zamjenjuju se riječima: „ministar nadležan za zdravstvo“ u odgovarajućem padežu, a riječi: „ministarstvo nadležno za zdravlje“ u određenom padežu zamjenjuju se riječima: „ministarstvo nadležno za zdravstvo“ u odgovarajućem padežu.

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 55.

(1) Ministar nadležan za poslove socijalne skrbi donijet će pravilnik iz članka 7. ovoga Zakona u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(2) Ministar nadležan za zdravstvo donijet će pravilnike iz članaka 9. i 12. ovoga Zakona u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(3) Ministar nadležan za financije donijet će pravilnik iz članka 34. ovoga Zakona u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 56.

(1) Upravno vijeće Zavoda će u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona uskladiti statut i druge opće akte s odredbama ovoga Zakona.

(2) Upravno vijeće Zavoda će opće akte iz članaka 8., 9., 10., 11., 15., 20., 28., 35., 36., 47. i 51. ovoga Zakona donijeti u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 57.

Do dana stupanja na snagu pravilnika i općih akta iz članaka 55. i 56. ovoga Zakona ostaju na snazi:

1. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti („Narodne novine“, br. 75/14., 154/14., 79/15., 139/15., 105/16., 40/17., 66/17., 109/17., 132/17., 119/18., 41/19., 22/20., 39/20. i 2/22.)
2. Pravilnik o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na recept („Narodne novine“, br. 17/09., 46/09., 4/10., 110/10., 131/10., 1/11., 52/11., 129/13., 146/13., 45/14., 81/14., 17/15., 113/16., 129/17. i 89/20.)
3. Pravilnik o načinu prijavljivanja i odjavljivanja, te stjecanju statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 82/14., 17/15., 99/17. i 129/17.)
4. Pravilnik o načinu obračunavanja i plaćanja te izvješćivanja o prihodu obveznog zdravstvenog osiguranja po osnovi obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti („Narodne novine“, br. 135/14., 128/17. i 156/22.)
5. Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za uzdržavanje osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi („Narodne novine“, broj 39/02.)
6. Odluka o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 143/22., 153/22. i 14/23.)
7. Odluka o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 143/22., 153/22. i 14/23.)
8. Odluka o utvrđivanju popisa posebno skupih lijekova („Narodne novine“, br. 6/22., 16/22., 39/22., 65/22., 68/22., 77/22., 90/22., 112/22., 132/22., 143/22. i 14/23.)
9. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 126/06. i 156/08.)
10. Pravilnik o kontroli privremene nesposobnosti za rad („Narodne novine“, broj 130/13.).

Članak 58.

(1) Osigurane osobe koje su status u obveznom zdravstvenom osiguranju stekle prema članku 7. stavku 1. točki 13. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.), koje se ne vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje kao nezaposlene osobe, obvezne su u roku od 90 dana od dana stupanja na

snagu ovoga Zakona osobno pristupiti Zavodu radi provjere okolnosti na temelju kojih im je taj status utvrđen.

(2) Osigurane osobe iz stavka 1. ovoga članka koje osobno ne pristupe Zavodu u roku iz stavka 1. ovoga članka Zavod će ih istekom toga roka odjaviti iz obveznoga zdravstvenog osiguranja po službenoj dužnosti bez donošenja rješenja.

(3) Osigurane osobe koje su status u obveznom zdravstvenom osiguranju stekle prema osnovi osiguranja za koju je propisan uvjet prebivališta, stalnog boravka ili dugotrajnog boravišta u Republici Hrvatskoj, a koje imaju prijavljen privremeni odlazak izvan Republike Hrvatske, zadržavaju taj status još najduže 90 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 59.

Zavod i Hrvatski zavod za zapošljavanje obvezni su uspostaviti međusobnu digitalnu razmjenu podataka radi provedbe razmjene podataka o nezaposlenim osobama koje se vode u evidenciji nezaposlenih osoba Hrvatskog zavoda za zapošljavanje te provjere postojanja okolnosti temeljem kojih su nezaposlene osobe koje se ne vode u evidenciji nezaposlenih osoba Hrvatskog zavoda za zapošljavanje stekle status osiguranika iz članka 3. ovoga Zakona u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 60.

Upravni postupci pokrenuti do dana stupanja na snagu ovoga Zakona dovršit će se prema odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.) te propisa i općih akata donesenih na temelju toga Zakona.

Članak 61.

Do dana stupanja na snagu članka 19. stavaka 3. i 5. koji su izmijenjeni člankom 9. ovoga Zakona osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite sukladno članku 19. stavcima 3. i 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.).

Članak 62.

Konačan obračun uplaćenih sredstava od naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti i stvarnih troškova prouzročene štete Zavodu koju su prouzročili vlasnici, odnosno korisnici osiguranoga motornog vozila provest će se za 2022. te za 2023. za razdoblje do dana stupanja na snagu ovoga Zakona na način utvrđen člankom 72. stavcima 6. i 7. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.).

Članak 63.

Ministarstvo zdravstva će u roku od dvije godine od dana stupanja na snagu ovoga Zakona provesti naknadnu procjenu učinaka ovoga Zakona.

Članak 64.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“, osim članka 19. stavaka 3. i 5. koji su izmijenjeni člankom 9. ovoga Zakona koji stupaju na snagu 1. siječnja 2024.

O B R A Z L O Ž E N J E

I. RAZLOZI ZBOG KOJIH SE ZAKON DONOSI

Hrvatski sabor je 21. lipnja 2013. donio Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, 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 te su navedenim Zakonom implementirane odredbe Direktive 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi (SL L 88, 4.4.2011.).

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, noveliran je 2013. i 2019. te je dodatno reguliran status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osnovom redovitog studiranja, na način da se redovitim studentima osigura obvezno zdravstveno osiguranje u trajanju od osam godina po osnovi redovitog studiranja, a ne kao do tada najduže do navršene 26. godine života.

Programom Vlade Republike Hrvatske 2020. - 2024., kao jedan od prioriteta i ciljeva utvrđen je održiv zdravstveni sustav. Dobra organiziranost zdravstvenih usluga, učinkovitost sustava i dostupnost svim građanima pod jednakim uvjetima, temelj je financijske održivosti sustava koji zahtijeva modernizaciju.

Jačanje otpornosti zdravstvenog sustava, kako bi mogao adekvatno odgovoriti na izazove kroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti te osigurati pravičnu dostupnost skrbi svim stanovnicima Republike Hrvatske, utvrđeno je kao jedan od općih ciljeva u Nacionalnom planu oporavka i otpornosti. Navedeni opći cilj ujedno je sadržan i u Preporukama Vijeća Europske unije za Hrvatsku, Nacionalnom programu reformi za 2022., kao i u Nacionalnoj razvojnoj strategiji Republike Hrvatske do 2030. godine („Narodne novine“, broj 13/21.).

II. PITANJA KOJA SE ZAKONOM RJEŠAVAJU

Izmjene i dopune koje se predlažu ovim zakonskim prijedlogom, u okviru planiranih mjera za financijsku stabilizaciju, strukturnu reformu i unaprjeđenje upravljanja sustavom zdravstva i zdravstvenog osiguranja, predstavljaju prvi korak u realizaciji mjera za racionalizaciju troškova i uravnoteženje financijskog poslovanja obveznoga zdravstvenog osiguranja dodatno opterećenog znatnim izdacima za troškove zdravstvene zaštite i drugim vezanim troškovima kao neposredne posljedice pandemije bolesti COVID-19.

Ovim zakonskim prijedlogom predlaže se:

- uvođenje nove osnove za stjecanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju za osobe kojima je prestalo zaposlenje u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije

Na hrvatske državljane s prebivalištem u Republici Hrvatskoj te na strance s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj zaposlene u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije za vrijeme radnog odnosa primjenjuju se posebni propisi o socijalnom osiguranju Europske unije, koji uključuju i poseban sustav zdravstvenog i mirovinskog osiguranja. Propisi Europske unije koji reguliraju ovo područje ne koordiniraju se sa sustavima država članica Europske unije osnovom Uredbe (EZ) br. 883/2004 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (SL L 166, 30.4.2004., u daljnjem tekstu: Uredba (EZ) br. 883/2004) te stoga za ove osobe po prestanku radnog odnosa u navedenim institucijama Europske unije do sada nije postojala mogućnost ostvarivanja pojedinih prava iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, koja predviđaju zbrajanje prethodnog staža osiguranja ili asimilaciju činjenice prestanka radnog odnosa, kao osnove za reguliranje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, kao što je to regulirano Uredbom (EZ) br. 883/2004. Budući je sloboda kretanja radnika jedno od temeljnih prava Europske unije, zagarantirano odredbama Ugovora o Europskoj uniji i Ugovora o osnivanju Europske zajednice, Sud Europske unije zauzeo je u niz predmeta jasno stajalište da je onemogućavanje ostvarivanja pojedinog prava iz sustava socijalnog osiguranja država članica Europske unije zbog nepriznavanja razdoblja i činjenice zaposlenja u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije u suprotnosti s temeljnim pravima Europske unije. Iz tog se razloga ovim zakonskim prijedlogom predlaže da se ovoj kategoriji osoba omogući reguliranje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju po prestanku radnog odnosa u institucijama Europske unije, kao i zbrajanje razdoblja osiguranja izvršenih tijekom trajanja tog radnog odnosa kada su ista uvjet za ostvarivanje pojedinog prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Nadalje, rješava se i mogućnost reguliranja statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju po isteku mandata zastupnika u Europskom parlamentu, kao i za državljane druge države članice Europske unije po prestanku radnog odnosa u pravnoj ili fizičkoj osobi sa sjedištem u Republici Hrvatskoj, a sukladno obvezi o jednakosti postupanja prema državljanima drugih država članica iz članka 4. Uredbe (EZ) br. 883/2004.

Pored navedenoga, u odnosu na uvjete prebivališta za hrvatske državljane, odnosno odobrenog stalnog boravka ili dugotrajnog boravišta za strance, za ulazak u sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja predlaže se, na istovjetan način kako je to uređeno za hrvatske državljane s prebivalištem te strance s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, urediti obvezu prijave na obvezno zdravstveno osiguranje uz plaćanje doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje hrvatskih državljana koji imaju samo boravište u Republici Hrvatskoj, a obvezno zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita nije im osigurana po drugoj osnovi, odnosno nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici ili državi s kojom Republika Hrvatska ima sklopljen međunarodni ugovor kojim je uređeno pitanje zdravstvenog osiguranja. U skladu s važećim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, navedena kategorija osoba ne može steći status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju te u slučaju potrebe za korištenjem zdravstvene zaštite osobno podmiruje troškove iste.

- uređivanje pitanja donošenja mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja

Mjerama zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, u skladu s osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima, utvrđuju se mjere zdravstvene zaštite čijom se provedbom osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod), osigurava ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, utvrđuju subjekti koji su obvezni provoditi mjere zdravstvene zaštite te način njihove provedbe.

U skladu s važećim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuju se na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravstvo na prijedlog Zavoda i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima. Važećim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, nije izričito utvrđeno tko je ovlašten utvrditi mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno donijeti provedbeni propis kojim će se te mjere propisati.

Također, važećim Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 126/06. i 156/08.), utvrđen je program mjera zdravstvene zaštite koji se osigurava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja jer obuhvaća zdravstvenu zaštitu za širi krug osoba, odnosno sve stanovnike Republike Hrvatske i širi opseg zdravstvene zaštite u odnosu na zdravstvenu zaštitu koja se može, kao pravo osigurati iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja i koja se osigurava samo za osigurane osobe Zavoda. Navedeni Plan i program mjera donesen je još 2006. od strane tadašnjeg Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, sukladno tada važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 85/06. i 105/06.).

Ovim zakonskim prijedlogom predlaže se da mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje Zavod općim aktom na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravstvo u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita. Na taj način bi se Zavodu, kao osiguravatelju prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koja uključuju i pravo na zdravstvenu zaštitu, a u skladu s osiguranim financijskim sredstvima i raspoloživim zdravstvenim kapacitetima, dalo ovlaštenje da definira program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te s tim u vezi i standard prava na zdravstvenu zaštitu koja će se osiguranim osobama osiguravati u okviru prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koje provodi, a što je temelj za ostvarivanje jednog od osnovnih načela na kojima počiva sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja i to načela jednakosti, prvenstveno u dijelu koji se odnosi na ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, koja se za sve osigurane osobe mora osigurati pod jednakim uvjetima u okviru propisanog standarda.

Tako donesenim planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a koji će biti usklađen s osiguranim financijskim sredstvima, omogućit će se preciznije planiranje potrebnih medicinskih usluga u okviru zdravstvenog standarda za osigurane osobe Zavoda iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Time će se postići racionalizacija troškova te bolja raspodjela raspoloživih sredstava za zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i poboljšanje kvalitete usluga koje se u okviru prava na zdravstvenu zaštitu osiguravaju za osigurane osobe Zavoda uz smanjenje listi čekanja na zdravstvenu zaštitu jer će se na taj način uz iste troškove moći osigurati veći opseg i kvaliteta zdravstvene zaštite i njezina bolja dostupnost i pravodobnost osiguranim osobama kada im je ona potrebna.

- preventivna zdravstvena zaštita

Zakonskim prijedlogom se radi prevencije i ranog otkrivanja bolesti svim kategorijama osiguranih osoba, u okviru zdravstvene zaštite, koja se u cijelosti osigurava iz sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja, osiguravaju preventivni zdravstveni pregledi, a u skladu s pravilnikom kojeg će donijeti ministar nadležan za zdravstvo.

- povećanje iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge te maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite

Predlaže se, kao jedna od mjera za uravnoteženje financijskog poslovanja obveznoga zdravstvenog osiguranja i sustava zdravstva, povećanje iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge. Naime, 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 propisanih postotaka proračunske osnovice.

U odnosu na važeći Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, predlažu se sljedeća uvećanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, i to za:

- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije, uvećava se postotak proračunske osnovice s 0,75 % (3,31 eura) na 1 % (4,41 eura)
- specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5 % (6,62 eura) na 2 % (8,83 eura)
- ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode utvrđene listom ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5 % (6,62 eura) na 2 % (8,83 eura)
- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući uvećava se postotak proračunske osnovice s 0,75 % (3,31 eura) na 1 % (4,41 eura)
- troškove bolničke zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 3,01 % (13,29 eura) na 4,01 % (17,70 eura)
- dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe od 18 do 65 godina starosti uvećava se postotak proračunske osnovice s 30,07 % (132,74 eura) na 40,09 % (176,97 eura)
- dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe starije od 65 godina uvećava se postotak proračunske osnovice s 15,03 % (66,35 eura) na 20,04 % (88,46 eura).

Ujedno se predlaže i povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite sa 60,13 % proračunske osnovice (265,44 eura) na 120,26 % proračunske osnovice (530,88 eura), čime će se pridonijeti održivosti zdravstvenog sustava.

Osigurana osoba obvezna je platiti sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite osobno prilikom korištenja zdravstvene zaštite ili putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja na koji se je za navedeni rizik osigurala u skladu sa zakonom kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a novčana sredstva ostvarena na ime sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite prihod su ugovornih pružatelja zdravstvene zaštite, osim sudjelovanja u visini 0,30 % (1,32 eura) proračunske osnovice za zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i za izdavanje lijeka po receptu koje je prihod Zavoda.

Ostvareni iznosi na temelju sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite predstavljaju direktni prihod pružatelja zdravstvene zaštite te se očekuje da bi ovakvim zakonskim rješenjem mogli ostvariti uvećanje prihoda za 16.590.351,05 eura na godišnjoj razini.

- uređenje popisa posebno skupih lijekova te uvođenje registra ishoda liječenja

Ovim zakonskim prijedlogom dodaju se odredbe vezane za popis posebno skupih lijekova, koji se utvrđuje u okviru osnovne liste lijekova za koje se sredstva u cijelosti osiguravaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a koja ne terete sredstva bolničke zdravstvene ustanove.

U svrhu praćenja ishoda liječenja posebno skupim lijekovima Zavod će prikupljati dokumentaciju na temelju koje je povjerenstvo za lijekove bolničke zdravstvene ustanove odobrilo primjenu takvog lijeka.

Također, Hrvatski zavod za javno zdravstvo vodit će registar ishoda liječenja osiguranih osoba lijekovima koji nisu utvrđeni listama lijekova Zavoda, a čije je korištenje iz medicinskih razloga odobrilo povjerenstvo za lijekove bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi te ishoda liječenja osiguranih osoba lijekovima s listi Zavoda, ali za koje osigurana osoba ne ispunjava medicinske indikacije utvrđene listama lijekova.

- naknada plaće zbog privremene nesposobnosti za rad osiguranicima koji ostvaruju uvjete za mirovinu

Ovim se zakonskim prijedlogom povećava dobna granica osiguranika za ostvarivanje prava na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna (sa 65 na 70 godina) uz uvjet navršenih 15 godina mirovinskog staža na temelju nesamostalnog ili samostalnog rada.

- kontrola privremene nesposobnosti za rad

Zakonskim prijedlogom preciznije se uređuje nadzor nad korištenjem privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad osiguranika, odnosno nadzor nad postojanjem medicinskih indikacija ili drugih razloga za privremenu nesposobnost, odnosno spriječenost za rad koju obavlja Zavod putem osoba ovlaštenih za provedbu kontrole ili drugog nadležnog tijela. Nadzor nad korištenjem privremene nesposobnosti obuhvaća kontrolu rada izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite u vezi s utvrđivanjem privremene nesposobnosti te, u pravilu, neposrednu kontrolu osiguranika u ili izvan ordinacije izabranog doktora, uključujući i kućni posjet.

Novina u odnosu na važeći Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, odnosi se na ovlaštenje osoba koje provode kontrolu privremene nesposobnosti za rad da, u slučaju kada u postupku provedbe kontrole utvrde da ne postoje medicinske indikacije za daljnje korištenje privremene nesposobnosti, imaju pravo zaključiti privremenu nesposobnost za rad osiguraniku.

- izvori financiranja obveznoga zdravstvenog osiguranja

Sukladno zakonskom prijedlogu prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja su: doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje se vode u evidenciji nezaposlenih osoba prema zakonu kojim se uređuje tržište rada, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje osiguranih osoba kojima je odlukom nadležnoga suda oduzeta sloboda, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje drugih obveznika plaćanja doprinosa, posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, prihodi iz državnog proračuna, prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju, prihodi Zavoda od dividendi, kamata, financijskih ugovora i drugih prihoda te prihodi od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti.

Ovim zakonskim prijedlogom predlaže se da prihod od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti uplaćuju društva za osiguranje u visini od 5 % naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti na ime troškova za zdravstvenu zaštitu koja je posljedica ozljeda prouzročenih od strane vlasnika, odnosno korisnika osiguranoga motornog vozila. Navedeni iznos predstavljao bi naknadu na ime troškova zdravstvene zaštite prouzročene od strane vlasnika, odnosno korisnika osiguranoga motornog vozila, a bez obveze konačnog obračuna od strane Zavoda i društava za osiguranje. Navedeni iznos prema ovom zakonskom prijedlogu predstavljao bi konačni iznos naknade budući da se model predujmljivanja iznosa stvarne štete te obveza konačnog obračuna prema važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, kroz praksu pokazao neučinkovit i teško provediv.

S obzirom na porast broja registriranih vozača, kao i registriranih motornih vozila, na sve snažnija motorna vozila te velike brzine koje mogu postići posljedice stradalih u prometnim nesrećama su sve teže te iziskuju dugotrajno liječenje, rehabilitacije, a često je ishod i trajno korištenje ortopedskih i drugih pomagala, lijekova, ugradbenih i potrošnih materijala. Naime, od ukupnog broja teško ozlijeđenih osoba u prometnim nesrećama oko 5 % osoba ostaju trajni stopostotni invalidi, što je godišnje više od stotinjak ljudi. Deset posto njih trpi trajne posljedice, a najčešće je riječ o osobama mlađe životne dobi.

Također, uvodi se mogućnost da Republika Hrvatska može osigurati dodatna sredstva u državnom proračunu za pokriće prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, sukladno potrebama i u skladu s fiskalnim mogućnostima.

- ustrojstvo i djelokrug Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

U cilju učinkovitijeg obavljanja djelatnosti Zavoda, predlaže se da djelokrug i područja rada ustrojstvenih jedinica Zavoda, njihovi nazivi, kao i druga pitanja značajna za obavljanje poslova u Zavodu budu uređeni statutom Zavoda, a ne zakonom.

Naime, regionalne ustrojstvene jedinice odnosno regionalni uredi trenutno imaju poseban status zbog svoje veličine, kako osiguranih osoba koje pokrivaju, tako i područja i broja radnika, a ujedno koordiniraju i rad u područnim službama radi jednoobraznog postupanja. Međutim, s obzirom na brojne nedostatke ovakvog načina ustroja, kao što su sporija komunikacija, dodatno nepotrebno administriranje, otežano rješavanje radnih zadataka te nedostatak kadrova u pojedinim ustrojstvenim jedinicama, koji utječu na kvalitetu i učinkovitost obavljanja djelatnosti Zavoda te dostupnost ostvarivanja prava iz obveznoga i dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja osiguranim osobama, predlažu se navedene izmjene.

Ustrojavanje područnih ustrojstvenih jedinica kojima bi bio utvrđen veći opseg poslova i dane veće ovlasti u provedbi obveznoga i dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja, a što bi se uređivalo statutom Zavoda, omogućila bi se bolja dostupnost usluge iz obveznoga i dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja osiguranim osobama Zavoda, a istovremeno ovakav ustroj rezultirao bi kvalitetnijim i učinkovitijim načinom poslovanja Zavoda.

Također, s obzirom na djelatnost Zavoda predlaže se preciznije definirati uvjete za ravnatelja i zamjenika ravnatelja Zavoda vezano za usmjerenje i godine radnog iskustva na poslovima upravljanja i to temeljem stečenog akademskog naziva propisanog za ravnatelja.

- usklađivanje s važećim zakonodavstvom Republike Hrvatske

Predlaže se terminološko usklađivanje sa Zakonom o mirovinskom osiguranju („Narodne novine“, br. 157/13., 33/15., 120/16., 18/18. - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske, 62/18., 115/18., 102/19. i 84/21.) te sa Zakonom o životnom partnerstvu osoba istog spola („Narodne novine“, br. 92/14. i 98/19.), u dijelu koji se odnosi na stjecanje, odnosno zadržavanje statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju kao člana obitelji osiguranika, kao i sa Zakonom o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu („Narodne novine“, br. 64/15. i 98/19.), u dijelu koji se odnosi na stjecanje statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osobama kojima je priznat status žrtve seksualnog nasilja u Domovinskom ratu.

Također, predlaže se usklađivanje sa Zakonom o socijalnoj skrbi („Narodne novine“, br. 18/22., 46/22. i 119/22.), kojim se pored statusa roditelja njegovatelja uvodi i druga osoba u statusu njegovatelja, a koji osnovom toga statusa stječe i status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju, kao i sa Zakonom o udomiteljstvu („Narodne novine“, br. 115/18. i 18/22.), u dijelu koji se odnosi na stjecanje statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osobama koje obavljaju udomiteljstvo kao zanimanje (standardno udomiteljstvo i specijalizirano udomiteljstvo za djecu). Temeljem statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju osobe koje obavljaju udomiteljstvo kao zanimanje ostvaruju sva prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja kao i drugi osiguranici, osim prava na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad s obzirom na to da im sukladno Zakonu o udomiteljstvu, naknada za rad pripada i za vrijeme privremene nesposobnosti za obavljanje udomiteljstva zbog bolesti sukladno propisima obveznoga zdravstvenoga osiguranja. Navedenim je obuhvaćena i naknada plaće za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta, kao prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda, a što je u skladu sa Zakonom o roditeljskim potporama („Narodne novine“, broj 152/22.), koji propisuje da udomitelj sukladno svom radnopravnom statusu ostvaruje samo vremenske potpore, ne i novčane, i to pod uvjetom da ta prava roditelj djeteta nije iskoristio.

III. OBRAZLOŽENJE ODREDBI PREDLOŽENOG ZAKONA

Uz članak 1.

Ovim se člankom usklađuje Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju sa Zakonom o strancima („Narodne novine“, br. 133/20., 114/22. i 151/22.).

Uz članak 2.

Ovim se člankom propisuje da se na obvezno zdravstveno osiguranje obvezno osiguravaju i državljani drugih država članica Europske unije, državljani države Europskoga gospodarskog prostora, Švicarske konfederacije i Ujedinjene kraljevine Velike Britanije i Sjeverne Irske, državljani države koja s Republikom Hrvatskom ima sklopljen ugovor o socijalnom osiguranju kojim je uređeno pitanje zdravstvenog osiguranja te državljani države koja nije država članica niti ugovorna država s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, a na temelju radnog odnosa, odnosno obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti na državnom području Republike Hrvatske, ako su ispunjeni uvjeti prema propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u Republici Hrvatskoj i ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.

Uz članak 3.

Ovim se člankom propisuje tko se i pod kojim uvjetima obvezno osigurava i stječe status osiguranika prema odredbama ovoga Zakona.

Uz članke 4. i 5.

Ovim se člancima usklađuju odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju s 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 te nakon raskida životnog partnerstva.

Uz članke 6. i 7.

Ovim se člancima dodatno uređuju odredbe vezane uz druge osigurane osobe. Propisuje se da su se osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, koje obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti prema jednoj od osnova osiguranja, obvezne osigurati na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe te su obveznici plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obvezna osiguranja. Te osobe stječu prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja pod uvjetom da su prethodno jednokratno uplatile novčani iznos u visini doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje na najnižu osnovicu za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i to od dana prestanka ranijeg statusa

osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ili od dana prestanka osiguranja u drugoj državi koje osiguranje se ubraja u staž osiguranja u skladu s propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom, a najdulje za razdoblje od 12 mjeseci. Propisuje se da se hrvatski državljani s boravištem u Republici Hrvatskoj kojima obvezno zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita nije osigurana po drugoj osnovi, odnosno nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici ili ugovornoj državi, osiguravaju na obvezno zdravstveno osiguranje, a status osigurane osobe i prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja stječu pod uvjetom jednokratne uplate novčanog iznosa u visini doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje na najnižu osnovicu za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i to od dana prestanka ranijeg statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ili od dana prestanka osiguranja u drugoj državi koje osiguranje se ubraja u staž osiguranja u skladu s propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom, a najdulje za razdoblje od 12 mjeseci te su obveznici plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom kojim se uređuju doprinosi za obvezna osiguranja. Nadalje, propisuje se da se osoba s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj koja je nesposobna za samostalan život i rad, a pod uvjetom da nema sredstava za uzdržavanje, osigurava na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurana osoba osnovom rješenja koje u prvom stupnju donosi nadležno upravno tijelo županije, odnosno Grada Zagreba u čijem je djelokrugu obavljanje povjerenih im poslova državne uprave koji se odnose na socijalnu skrb, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi. Protiv rješenja može se izjaviti žalba ministarstvu nadležnom za poslove socijalne skrbi. Obvezno zdravstveno osiguranje prema navedenoj osnovi osiguranja traje za sve vrijeme dok se ne promijene okolnosti na osnovi kojih je osobi utvrđen status osigurane osobe.

Uz članak 8.

Ovim se člankom nomotehnički uređuje članak 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Nadalje, propisuje se da mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, utvrđuje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) općim aktom, na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravstvo u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita. Nadalje, uređuje se da se navedeni opći akt donosi u okviru utvrđenih prava osiguranih osoba u obveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu s načinom provođenja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, elementima i kriterijima za definiranje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i osiguranim financijskim sredstvima, pri čemu se uzimaju u obzir sljedeći kriteriji: mreža javne zdravstvene službe, načela zdravstvene zaštite, organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te financijski plan Zavoda kojim su osigurana sredstva za provedbu prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 9.

Ovim se člankom utvrđuju zdravstvene usluge čije plaćanje u cijelosti osigurava Zavod osiguranim osobama u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Nadalje, uređuju se iznosi sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge te se utvrđuje da maksimalni iznos sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu može iznositi najviše 120,26 % proračunske osnove.

Uz članak 10.

Ovim se člankom dodatno uređuju odredbe vezane uz osnovnu i dopunsku listu lijekova Zavoda, te njihov sadržaj i način donošenja.

Uz članak 11.

Ovim se člankom dodaje novi članak kojim se uređuje popis posebno skupih lijekova, uvjeti pod kojima osigurana osoba ostvaruje pravo na posebno skupe lijekove te postupak odobravanja primjene posebno skupih lijekova kod osigurane osobe koji uključuje dostavu dokumentacije Zavodu radi praćenja ishoda liječenja. Način prikupljanja dokumentacije i praćenje ishoda liječenja utvrđuje općim aktom Zavod uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Uz članak 12.

Ovim se člankom uvodi obveza bolničkim zdravstvenim ustanovama da Zavodu i Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, dostavljaju izvješća o potrošnji lijekova i rezultatima mjerenja ishoda liječenja lijekovima koji su odobreni sukladno članku 21. stavcima 2., 3. i 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju te se utvrđuje da Hrvatski zavod za javno zdravstvo sistematizira i vodi te podatke u obliku registar ishoda liječenja. Sadržaj i način vođenja registra pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

Uz članak 13.

Ovim se člankom propisuje da se u prethodno obvezno zdravstveno osiguranje u Zavodu ubraja i zdravstveno osiguranje ostvareno temeljem mandata zastupnika u Europskom parlamentu, odnosno radnog odnosa u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike.

Uz članak 14.

Ovim se člankom usklađuju odredbe članka 26. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju s odredbama članka 1. ovoga zakona.

Uz članak 15.

Ovim se člankom propisuje da standarde zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika, te uvjete i način ostvarivanja prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje općim aktom Zavod, uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Uz članak 16.

Ovim se člankom uređuju odredbe vezano uz sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite.

Uz članke 17. i 18.

Ovim se člancima uređuju odredbe vezano uz pravo na naknadu plaće u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno drugih okolnosti utvrđenih Zakonom.

Uz članak 19.

Ovim se člankom usklađuju odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju s odredbama Zakona o životnom partnerstvu. Nadalje, propisuje se da se njega člana obitelji - djeteta iznad 18 godina i supružnika, odnosno životnog partnera može se odobriti samo u slučaju teškog zdravstvenog stanja člana obitelji uzrokovanog bolešću, odnosno ozljedom, koje utvrđuje izabrani doktor osiguranika na osnovi medicinske dokumentacije izabranog doktora člana obitelji za kojeg se određuje njega. Također, brišu se uvjeti za ostvarivanje navedenog prava - da drugi roditelj nije nezaposlen, da 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.

Uz članke 20. i 21.

Ovim se člancima uređuju odredbe vezano uz početak, dužinu trajanja i prestanak privremene nesposobnosti te nadzor nad korištenjem privremene nesposobnosti osiguranika. Uvodi se mogućnost da, ako se u postupku provedbe kontrole nad korištenjem privremene nesposobnosti utvrdi nepostojanje medicinskih indikacija za daljnje korištenje privremene nesposobnosti, osobe ovlaštene za provedbu kontrole Zavoda imaju pravo zaključiti privremenu nesposobnost osiguraniku.

Uz članak 22.

Ovim se člankom propisuje da osiguranik za vrijeme privremene nesposobnosti ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna dok izabrani doktor ne utvrdi da je sposoban za rad ili dok se u postupku kontrole ne utvrdi da je sposoban za rad, odnosno dok kod osiguranika nisu nalazom i mišljenjem nadležnog tijela vještačenja utvrđene trajne promjene u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti liječenjem. Nadalje, 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 obavezan je obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti te ga sa svom propisanom dokumentacijom uputiti Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje, koje će zahtjev za ocjenu radne sposobnosti uputiti Zavodu za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom čije je nadležno tijelo vještačenja 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. O donesenom nalazu i mišljenju Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom obavezan je obavijestiti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku od osam dana od dana njegovog donošenja. Obrada osiguranika za

upućivanje na ocjenu radne sposobnosti tereti sredstva Zavoda samo u slučajevima kada je izabrani doktor uputio osiguranika na ocjenu radne sposobnosti na propisan način.

Uz članak 23.

Ovim se člankom uređuju odredbe o ponovno utvrđenoj privremenoj 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, u kojem slučaju naknadu plaće osiguraniku isplaćuje poslodavac iz svojih sredstava. 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 osiguranik sposoban.

Uz članak 24.

Ovim se člankom utvrđuje da osiguranik koji je navršio 70 godina života i 15 godina mirovinskog staža na temelju nesamostalnog ili samostalnog rada nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja za vrijeme privremene nesposobnosti, već na teret sredstava poslodavca, odnosno na teret sredstava osiguranika obveznika uplate doprinosa.

Uz članak 25.

Ovim se člankom dodatno uređuju odredbe vezane uz pravo osiguranika na naknadu plaće kojem je za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom i uvjeti pod kojima se ista ostvaruje.

Uz članak 26.

Ovim se člankom propisuje da osiguranik ima pravo na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna ostvariti pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 1. do 5. te točaka 9., 10. i 11. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, počevši od prvoga dana utvrđene privremene nesposobnosti u maksimalnom trajanju od 18 mjeseci po istoj dijagnozi bolesti, bez prekida, u visini utvrđenoj u skladu s ovim Zakonom i općim aktima Zavoda. Nadalje, propisuje se da je tijekom praćenja privremene nesposobnosti izabrani doktor obavezan pridržavati se medicinskih indikacija te nije dopušteno mijenjanje dijagnoze bolesti osiguranika, odnosno zaključivanje privremene nesposobnosti ako za to ne postoji medicinska indikacija.

Uz članak 27.

Ovim se člankom uređuju odredbe o slučajevima kada osiguranik nema pravo na naknadu plaće prema ovome Zakonu.

Uz članke 28. do 30.

Ovim se člancima uređuju odredbe vezano uz utvrđivanja osnovice za naknadu plaće osiguranika te vezano uz visinu naknade plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda, odnosno na teret sredstava državnog proračuna za naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti. Nadalje, propisuje se da se u prethodno obvezno zdravstveno osiguranje u Zavodu ubraja i zdravstveno osiguranje ostvareno temeljem mandata zastupnika u Europskom parlamentu, odnosno radnog odnosa u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike radnog odnosa.

Uz članak 31.

Ovim se člankom utvrđuje da osiguranik koji ostvaruje novčanu naknadu zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja, a kojem je prestao status osiguranika, ostvaruje pravo na novčanu naknadu još najviše 30 dana od dana prestanka statusa osiguranika, pod uvjetom da je liječničko povjerenstvo Zavoda utvrdilo da zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti obavljati ugovorene poslove najmanje 15 dana prije dana prestanka statusa osiguranika.

Uz članak 32.

Ovim se člankom usklađuju odredbe članka 70. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju s člankom 2. ovoga Zakona.

Uz članak 33.

Ovim se člankom utvrđuje da se osiguranicima iz članka 7. točaka 1. do 6. te točaka 8., 9., 20., 25. i 28. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, osiguravaju mjere specifične zdravstvene zaštite radnika koje provode doktori specijalisti medicine rada/medicine rada i sporta, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i posebnim zakonima te pravilnicima donesenim na temelju tih zakona.

Uz članak 34.

Ovim se člankom dodatno uređuju prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja. Utvrđuje se da su prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje osoba koje se vode u evidenciji nezaposlenih osoba prema zakonu kojim se uređuje tržište rada, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje osiguranih osoba kojima je odlukom nadležnoga suda oduzeta sloboda, doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom, posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, prihodi iz državnog proračuna, prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju, prihodi Zavoda od dividendi, kamata, financijskih ugovora i drugih prihoda te prihodi od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti koji uplaćuju društva za osiguranje u visini od 5 %

naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti na ime troškova za zdravstvenu zaštitu koja je posljedica ozljeda prouzročenih od strane vlasnika, odnosno korisnika osiguranoga motornog vozila.

Uz članak 35.

Ovim se člankom nomotehnički uređuje članak 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Nadalje, propisuje se da će Republika Hrvatska osigurati dodatna sredstva u državnom proračunu za pokriće prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, sukladno potrebama i u skladu s fiskalnim mogućnostima. Također, propisuje se pravna osnova za donošenje pravilnika kojim će se utvrditi način i elementi za izračun prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 36.

Ovim se člankom uvodi odredba prema kojoj Zavod općim aktom utvrđuje cijene usluga zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja najmanje jednom u pet godina, a revidira ih najmanje jednom godišnje, dok se kod utvrđivanja rokova za plaćanje računa ugovornim subjektima Zavoda za pruženu zdravstvenu zaštitu propisuje primjena zakona kojim se uređuje financijsko poslovanje i predstečajna nagodba.

Uz članak 37.

Ovim se člankom uređuje iznimka u vezi s ugovaranjem provođenja zdravstvenih usluga, na način da Zavod može, na zahtjev ministarstva nadležnog za zdravstvo, ako se na temelju praćenja lista čekanja utvrdi značajno produženje čekanja na određene zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, raspisati natječaj u skladu s općim aktom Zavoda i ugovoriti provođenje tih zdravstvenih usluga s pojedinim zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima. Navedena odredba ima za cilj provesti mjere iz Nacionalnog plana oporavka i otpornosti koje se odnose na smanjivanje lista čekanja.

Uz članak 38.

Ovim se člankom uređuje prikupljanje osobnih podataka osiguranih osoba neophodnih za primjenu Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, u obavljanju poslova za provedbu prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članke 39. do 46.

Ovim se člancima dodatno uređuje ustrojstvo te tijela Zavoda.

Uz članke 47. i 48.

Ovim se člancima dodatno uređuje priznavanje i prestanak statusa osigurane osobe te odredbe vezane uz izdavanje europske kartice zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 49.

Ovim se člankom nomotehnički uređuje članak 125. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Uz članak 50.

Ovim se člankom propisuje da, u postupku priznavanja ozljede na radu, radi utvrđivanja činjenica i okolnosti nastanka ozljede, odnosno bolesti, Zavod može koristiti nalaze inspeksijskog nadzora, odnosno zatražiti provedbu inspeksijskog nadzora inspekcije rada, sukladno zakonu kojim se uređuju ovlasti državnog inspektorata.

Uz članak 51.

Ovim se člankom propisuje da postupak utvrđivanja i priznavanja ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti te način njihovog ostvarivanja pobliže utvrđuje općim aktom Zavod.

Uz članak 52.

Ovim se člankom propisuje da su, radi utvrđivanja prava na naknadu štete prouzročene Zavodu, odnosno državnom proračunu, tijela državne vlasti i druga nadležna tijela, pravne i fizičke osobe obvezni Zavodu omogućiti pristup podacima kojima raspolažu i o kojima vode službene evidencije.

Uz članak 53.

Uređuju se prekršajne odredbe.

Uz članak 54.

Ovim se člankom terminološki usklađuje cijeli tekst Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Uz članke 55. do 62.

Ovim se člancima propisuju prijelazne i završne odredbe ovoga Zakona.

Uz članak 63.

Ovim se člankom uređuje da će Ministarstvo zdravstva u roku od dvije godine od dana stupanja na snagu ovoga Zakona provesti naknadnu procjenu učinaka ovoga Zakona.

Uz članak 64.

Ovim se člankom uređuje da ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“, osim članka 19. stavaka 3. i 5. koji su izmijenjeni člankom 9. ovoga Zakona koji stupaju na snagu 1. siječnja 2024. Odgoda od stupanja na snagu navedenog članka propisuje se radi prilagodbe sustava povećanju iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge.

IV. OCJENA I IZVORI SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVEDBU ZAKONA

Za provedbu ovoga zakona nije potrebno osigurati dodatna financijska sredstva u državnom proračunu Republike Hrvatske, sukladno Zakonu o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske.

V. RAZLIKE IZMEĐU RJEŠENJA KOJA SE PREDLAŽU KONAČNIM PRIJEDLOMOM ZAKONA U ODNOSU NA RJEŠENJA IZ PRIJEDLOGA ZAKONA TE RAZLOZI ZBOG KOJIH SU TE RAZLIKE NASTALE

U odnosu na tekst zakona koji je prošao prvo čitanje u Hrvatskome saboru, u Konačnom prijedlogu zakona, sukladno danim primjedbama Odbora za zakonodavstvo Hrvatskoga sabora, nomotehnički su dorađeni članci Konačnog prijedloga zakona.

Nadalje, prilikom izrade Konačnog prijedloga zakona u obzir su uzeti i stavovi Europske komisije u odnosu na provedbu mjera Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021. - 2026. te je slijedom navedenoga dodatno uređen članak 8. Konačnog prijedloga zakona na način da se mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koje utvrđuje Zavod općim aktom donose u okviru utvrđenih prava osiguranih osoba u obveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu s načinom provođenja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, elementima i kriterijima za definiranje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i osiguranim financijskim sredstvima, a pri čemu se uzimaju u obzir sljedeći kriteriji: mreža javne zdravstvene službe, načela zdravstvene zaštite, organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te financijski plan Zavoda kojim su osigurana sredstva za provedbu prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Konačnim prijedlogom zakona dodaju se nove odredbe (članak 36.) da Zavod općim aktom utvrđuje cijene usluga zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja najmanje jednom u pet godina, a revidira ih najmanje jednom godišnje, dok se kod utvrđivanja rokova za plaćanje računa ugovornim subjektima Zavoda za pruženu zdravstvenu zaštitu propisuje primjena zakona kojim se uređuje financijsko poslovanje i predstečajna nagodba.

Također, briše se uvođenje mogućnosti iznimnog upućivanja na liječenje osiguranih osoba neugovornim pružateljima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, a s obzirom da je naknadno provedenom analizom utvrđeno da se još nisu stekli uvjeti za implementaciju takvog sustava.

U odnosu na tekst prijedloga zakona odustalo se od izmjene stavka 3. u članku 51. važećega Zakona u odnosu na primjenu zakona kojim se uređuju roditeljske potpore.

S obzirom na to da je završnom odredbom Konačnog prijedloga zakona propisano da odredbe članka 19. stavaka 3. i 5. važećega Zakona stupaju na snagu 1. siječnja 2024. dodatno je uređeno da će se do stupanja na snagu tih odredbi primjenjivati odredbe sada važećega Zakona koje se odnose na visinu iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u zdravstvenoj zaštiti.

VI. PRIJEDLOZI I MIŠLJENJA DANI NA PRIJEDLOG ZAKONA KOJE PREDLAGATELJ NIJE PRIHVATIO, S OBRAZLOŽENJEM

Klub zastupnika Socijaldemokratske partije Hrvatske, napomenuo je da ne postoji plan praćenja i poboljšanja ishoda liječenja i praćenja ishoda liječenja nekog lijeka za sve segmente, već samo za uski segment putem posebno skupih lijekova. Također, Klub zastupnika Za pravednu Hrvatsku iznio je stav u vezi s nepostojanjem plana praćenja i poboljšanja ishoda liječenja i praćenja ishoda liječenja nekog lijeka te da je Republika Hrvatska jedina država članica Europske unije koja ne prati ishode liječenja bolesti i ne prati ishod učinka nekog lijeka. Izneseni stavovi se ne mogu prihvatiti, jer se Konačnim prijedlogom zakona uvode odredbe o popisu posebno skupih lijekova te se uvodi registar ishoda liječenja, kao bitne novine u uređivanju sustava.

Klub zastupnika MOST-a izrazio je nezadovoljstvo zbog smanjivanja izdvajanja za zdravstveni sustav iz državnog proračuna za 20 %, te smatraju da će to utjecati na njegovu održivost. Navedeno se ne može se prihvatiti jer nije predmet ovoga zakona, već posebnih zakona kojima se uređuje proračun i izvršavanje državnog proračuna.

Klub zastupnika MOST-a predložio je zadržavanje postojećeg normativnog uređenja na način da su prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine i dalje prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja. Navedeni prijedlog nije prihvaćen. Naime, u članku 34. Konačnog prijedloga zakona kojim se mijenja članak 72. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.), navedeno je da su prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja i prihodi iz državnog proračuna u skladu s člankom 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Također, člankom 35. Konačnog prijedloga zakona, kojim se dopunjuje članak 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, uvodi se mogućnost da Republika Hrvatska može osigurati dodatna sredstva u državnom proračunu za pokriće prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, sukladno potrebama i u skladu s fiskalnim mogućnostima.

U odnosu na cijene usluga u zdravstvenom sustavu, Klub zastupnika MOST-a predložio je uvođenje realne cijene usluga u zdravstvenom sustavu uzimajući u obzir vremensko-kadrovske normative, kao i osnivanje posebnog tijela sastavljenog od zainteresiranih dionika, a koje bi bilo nadležno za utvrđivanje realnih cijena zdravstvenih usluga. Izneseni prijedlog ne može se prihvatiti jer nije predmet uređenja Konačnog prijedloga zakona, već podzakonskih propisa kojima se uređuje način ugovaranja zdravstvene zaštite.

Klub zastupnika MOST-a predložio je otvaranje tržišta obveznog zdravstvenog osiguranja, barem u određenoj mjeri. Izneseni prijedlog ne može se prihvatiti jer navedena tema nije predmet uređenja Konačnog prijedloga zakona te iz razloga što se obvezno zdravstveno osiguranje temelji na načelima solidarnosti, uzajamnosti i jednakosti, kao temeljnim načelima sustava obveznog zdravstvenog osiguranja.

**TEKST ODREDBI VAŽEĆEG ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU,
ODNOSNO DOPUNJUJU**

Članak 4.

(1) Na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim Zakonom obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno.

(2) Osiguranim osobama kojima se osiguravaju prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u smislu ovoga Zakona smatraju se osiguranici, djeca do navršene 18. godine života, članovi obitelji osiguranika i druge osigurane osobe obvezno zdravstveno osigurane u određenim okolnostima.

Članak 5.

Na obvezno zdravstveno osiguranje prema odredbama ovoga Zakona obvezno se osiguravaju i državljani drugih država članica Europske unije (u daljnjem tekstu: države članice) te državljani države koja nije država članica (u daljnjem tekstu: treća država) s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, a na temelju radnog odnosa kod poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj, odnosno na temelju obavljanja gospodarske, odnosno profesionalne djelatnosti u Republici Hrvatskoj, ako su ispunjeni uvjeti prema posebnim propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u Republici Hrvatskoj i ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.

Članak 7.

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

1. osobe u radnom odnosu kod pravne ili fizičke osobe sa sjedištem u Republici Hrvatskoj,
2. osobe koje su izabrane ili imenovane na stalne dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave, ako za taj rad primaju plaću,
3. osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj zaposlene u drugoj državi članici ili trećoj državi koje nemaju zdravstveno osiguranje nositelja zdravstvenog osiguranja države članice ili treće države, odnosno koje nisu obvezno zdravstveno osigurane prema propisima države rada na način kako je to određeno propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom,
4. članovi uprave trgovačkih društava i izvršni direktori trgovačkih društava, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada kod druge pravne ili fizičke osobe u Republici Hrvatskoj ili drugoj državi članici,
5. osobe koje se stručno osposobljavaju za rad bez zasnivanja radnog odnosa, odnosno koje se stručno osposobljavaju za rad uz mogućnost korištenja mjera aktivne politike zapošljavanja, sukladno posebnim propisima,
6. osobe koje na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačenih djelatnosti, osobe koje samostalno u obliku slobodnog zanimanja

- obavljaju profesionalnu djelatnost te osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju djelatnost poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje, ako su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu osigurane po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,
7. poljoprivrednici koji u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje ako su vlasnici, posjednici ili zakupci te ako nisu obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,
 8. osobe koje obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje, a upisani su u upisnik obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva u svojstvu nositelja ili člana obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva, ako nisu zdravstveno osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu ili se nalaze na redovitom školovanju,
 9. svećenici i drugi vjerski službenici vjerske zajednice koja je upisana u evidenciju vjerskih zajednica koju vodi nadležno državno tijelo, ako nisu osigurani po osnovi rada,
 10. korisnici prava na mirovinu prema propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
 11. korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju po propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
 12. korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
 13. osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su se prijavile Zavodu u roku od:
 - a) 30 dana od dana prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti ili od dana prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema ovom Zakonu ili prema propisima donesenim na temelju ovoga Zakona,
 - b) 30 dana od dana prijevremenog prestanka služenja vojnog roka, odnosno dragovoljnog služenja vojnog roka, odnosno od dana isteka propisanog roka za služenje vojnog roka, odnosno dragovoljnog služenja vojnog roka,
 - c) 30 dana od dana otpuštanja iz ustanove za izvršenje kaznenih i prekršajnih sankcija, iz zdravstvene ili druge specijalizirane ustanove, ako je bila primijenjena sigurnosna mjera obveznoga psihijatrijskog liječenja ili obveznoga liječenja od ovisnosti u zdravstvenoj ustanovi,
 - d) 30 dana od dana navršenih 18 godina života, ako nisu zdravstveno osigurane po drugoj osnovi,
 - e) 90 dana od dana isteka školske godine u kojoj su završile redovito školovanje prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj ili drugoj državi članici, odnosno u roku od 30 dana od dana položenog završnog ispita,
 14. redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta iznad 18 godina života koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište ili boravište u Republici Hrvatskoj, odnosno državljani Republike Hrvatske s prebivalištem u drugoj državi članici koji u Republici Hrvatskoj imaju odobren privremeni boravak, pod uvjetom da nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, s tim da to pravo mogu koristiti

- najduže do isteka školske godine, odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje, a najduže u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi
15. redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta u drugim državama članicama iznad 18 godina života, koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, s tim da to pravo mogu koristiti najduže do isteka školske godine, odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje prema propisima države školovanja, a najduže u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi
 16. osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj iznad 18 godina života, koje su prema propisima o školovanju u Republici Hrvatskoj ili u drugoj državi članici izgubile status redovitog učenika, odnosno redovitog studenta ako su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana gubitka statusa redovitog učenika ili redovitog studenta i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
 17. supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako se Zavodu prijavio u roku od 30 dana od dana smrti supružnika, a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi,
 18. osobe s prebivalištem te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog ili civilnog invalida rata i mirnodopskog vojnog invalida, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine sukladno Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
 19. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
 20. osobe koje pružaju njegu i pomoć hrvatskom ratnom vojnom invalidu Domovinskog rata prema propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,
 21. osobe na odsluženju vojnog roka, odnosno dragovoljnom odsluženju vojnog roka (ročnici), kadeti te pričuvnici za vrijeme obavljanja službe u Oružanim snagama Republike Hrvatske, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,
 22. osobe koje su prekinule rad zbog toga što ih je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje, dok traje obrazovanje, odnosno stručno usavršavanje,
 23. osobe koje je pravna ili fizička osoba prije stupanja u radni odnos uputila kao svoje stipendiste na praktičan rad u drugu pravnu osobu ili kod druge fizičke osobe radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja, dok traje praktični rad,
 24. osobe upućene u drugu državu članicu ili treću državu u sklopu međunarodne tehničko-prosvjetne i kulturne suradnje, dok se tamo nalaze po toj osnovi,
 25. osobe kojima je priznato pravo na status roditelja njegovatelja prema posebnom zakonu,
 26. članovi obitelji smrtno stradaloga, 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 13.

(1) Osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih člancima 7. do 12. i člancima 14. i 15. ovoga Zakona obvezne su se osigurati na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe.

(2) Osobe iz stavka 1. ovoga članka prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja stječu pod uvjetom da su prethodno jednokratno uplatile doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje na najnižu osnovicu za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje od dana prestanka ranijeg statusa osigurane osobe, a najdulje za razdoblje od 12 mjeseci.

Članak 15.

(1) Osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje su nesposobne za samostalan život i rad i nemaju sredstava za uzdržavanje imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe osnovom rješenja koje donosi nadležno upravno tijelo županije, odnosno Grada Zagreba u čijem je djelokrugu obavljanje povjerenih poslova državne uprave koji se odnose na socijalnu skrb, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi.

(2) Mjerila za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatka sredstava za uzdržavanje iz stavka 1. ovoga članka propisat će pravilnikom ministar nadležan za poslove socijalne skrbi.

(3) Pravo na obvezno zdravstveno osiguranje prema osnovi osiguranja utvrđenoj odredbom stavka 1. ovoga članka traje za sve vrijeme dok se ne promijene okolnosti na osnovi kojih je osobi to pravo priznato.

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 pomagalima 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 obveznoga 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

dopunskoga 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 24.

(1) Osigurane osobe imaju pravo na pomagala iz članka 22. ovoga Zakona i dentalna pomagala iz članka 23. ovoga Zakona ako ispunjavaju uvjet prethodnoga obveznoga zdravstvenog osiguranja u Zavodu u trajanju od najmanje devet mjeseci neprekidno, odnosno 12 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine prije nastupa osiguranog slučaja.

(2) Odredba stavka 1. ovoga članka ne odnosi se na osigurane osobe mlađe od 18 godina, osigurane osobe iz članka 12. stavaka 2. i 3. ovoga Zakona i druge osigurane osobe potpuno i trajno nesposobne za samostalan život i rad prema rješenju nadležnog tijela te na osigurane osobe kojima je ta zdravstvena zaštita potrebna zbog priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

(3) Osigurane osobe zdravstvenu zaštitu iz članka 22. i 23. ovoga Zakona ostvaruju sukladno općem aktu Zavoda.

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.

4. Standardi i normativi zdravstvene zaštite

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 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 39.

Pravo na naknadu plaće pripada osiguraniku u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno drugih okolnosti utvrđenih ovim Zakonom, ako je:

1. privremeno nesposoban za rad zbog bolesti ili ozljede, odnosno ako je radi liječenja ili medicinskih ispitivanja smješten u zdravstvenu ustanovu,
2. privremeno spriječen obavljati rad zbog određenog liječenja ili medicinskog ispitivanja koje se ne može obaviti izvan radnog vremena osiguranika,
3. izoliran kao kliconoša ili zbog pojave zaraze u njegovoj okolini, odnosno privremeno nesposoban za rad zbog transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osigurane osobe Zavoda,
4. određen za pratitelja osigurane osobe upućene na liječenje ili liječnički pregled ugovornom subjektu Zavoda izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe koja se upućuje,
5. određen da njeguje oboljelog člana uže obitelji (dijete i supružnika) uz uvjete propisane ovim Zakonom,
6. privremeno nesposobna za rad zbog bolesti i komplikacija u vezi s trudnoćom i porodom,
7. privremeno spriječen za rad zbog korištenja roditeljnog dopusta i prava na rad u polovici punoga radnog vremena, sukladno propisima o roditeljnim i roditeljskim potporama,
8. privremeno nesposoban za rad zbog korištenja dopusta za slučaj smrti djeteta, u slučaju mrtvorodenog djeteta ili smrti djeteta za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta,
9. privremeno nesposoban za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu,
10. privremeno nesposoban za rad zbog priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

Članak 41.

(1) Naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 3. do 8. i točke 10. ovoga Zakona isplaćuje se osiguraniku na teret sredstava Zavoda od prvog dana korištenja prava.

(2) Naknadu plaće iz članka 39. točke 9. ovoga Zakona Zavod isplaćuje osiguraniku na teret sredstava državnog proračuna.

(3) Naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 1. i 2. ovoga Zakona od 43. dana, odnosno osam dana privremene nesposobnosti obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac, s tim da je Zavod obvezan vratiti isplaćenu naknadu plaće u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

(4) Naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 4., 5. i 10. ovoga Zakona od prvoga dana privremene nesposobnosti obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac, s tim da je Zavod obvezan vratiti isplaćenu naknadu plaće u

slučaju iz članka 39. točaka 4. i 5. ovoga Zakona, u roku od 30 dana, a u slučaju iz članka 39. točke 10. ovoga Zakona u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

(5) Ako Zavod nakon zaprimanja zahtjeva iz stavaka 3. i 4. ovoga članka utvrdi da osiguranik, kojem je izvršena isplata naknade plaće od strane pravne, odnosno fizičke osobe – poslodavca, nema pravo na naknadu plaće prema odredbama ovoga Zakona, o tome će pisanim putem odmah izvijestiti poslodavca i vratiti mu zahtjev.

(6) U slučaju kada pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac nije u mogućnosti, iz razloga nelikvidnosti, isplatiti plaću, odnosno naknadu plaće u trajanju od najmanje dva kalendarska mjeseca, isplatu naknade plaće iz stavaka 3. i 4. ovog članka, koja tereti sredstva Zavoda, odnosno državnog proračuna, osiguraniku će izvršiti Zavod.

(7) Način ostvarivanja prava na naknadu plaće pobliže će utvrditi općim aktom Zavod.

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 50.

Osiguranik koji je navršio 65 godina života i 15 godina mirovinskog staža osiguranja na temelju nesamostalnog ili samostalnog rada nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja za vrijeme privremene nesposobnosti, već na teret sredstava poslodavca, odnosno na teret sredstava osiguranika obveznika uplate doprinosa.

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 52.

(1) Osiguranik ima pravo na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna ostvariti pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti iz članka 39. točaka 1. do 5. te točaka 9. i 10. ovoga Zakona u maksimalnom trajanju od 18 mjeseci po istoj dijagnozi bolesti, bez prekida, u visini utvrđenoj u skladu s ovim Zakonom i općim aktima Zavoda.

(2) Nakon isteka roka iz stavka 1. ovoga članka osiguranik ostvaruje pravo na naknadu plaće u iznosu 50% zadnje isplaćene naknade plaće na ime te privremene nesposobnosti dok za privremenu nesposobnost postoji medicinska indikacija.

(3) Odredba stavka 2. ovoga članka ne odnosi se na osiguranika kojem je utvrđena privremena nesposobnost zbog liječenja zloćudnih bolesti, osiguranika kojem je odobrena njega člana obitelji – djeteta oboljelog od zloćudne bolesti, osiguranika čija je privremena nesposobnost u vezi s provođenjem hemodijalize ili peritonejske dijalize te čija je privremena nesposobnost u vezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskog tijela.

Članak 53.

(1) Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:

1. je svjesno prouzročio privremenu nesposobnost,
2. ne izvijesti izabranog doktora da je obolio u roku od tri dana od dana početka bolesti, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ga je u tome onemogućio,
3. namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad,
4. za vrijeme bolovanja radi, odnosno obavlja poslove osnovom kojih je obvezno zdravstveno osiguran, obavlja ugovorene poslove temeljem ugovora o djelu te bilo koje druge poslove (npr. poljoprivredni radovi i sl.),
5. se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora, odnosno doktora kontrolora Zavoda ili tijela Zavoda ovlaštenog za kontrolu privremene nesposobnosti,
6. izabrani doktor, doktor kontrolor ili tijelo Zavoda ovlašteno za kontrolu privremene nesposobnosti utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora otpuće iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta ili zlorabi privremenu nesposobnost na neki drugi način.

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

Članak 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 roditeljskog 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 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 60.

Osiguraniku koji ostvaruje novčanu naknadu zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja, a kojem je prestao status osiguranika sukladno članku 8. stavku 2. ovoga Zakona, ostvaruje pravo na novčanu naknadu još najviše 30 dana od dana prestanka statusa osiguranika, pod uvjetom da je liječničko povjerenstvo Zavoda utvrdilo da zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti obavljati ugovorene poslove najmanje osam dana prije dana prestanka statusa osiguranika.

Članak 70.

(1) U slučaju smrti osiguranika iz članka 7. stavka 1. točaka 1. do 6., 8., 9., 20. i 25. te osigurane osobe iz članka 16. i osiguranika iz članka 69. ovoga Zakona, osigurava se pravo na naknadu za pogrebne troškove ako je smrt osiguranika, odnosno osigurane osobe neposredna posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

(2) Naknadu za pogrebne troškove u visini iznosa jedne proračunske osnovice može ostvariti pravna ili fizička osoba koja je snosila troškove pokopa osigurane osobe iz stavka 1. ovoga članka.

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 preradevine,
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 preradevine doznajuje 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 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 99.

(1) Zavod obavlja poslove iz svoje djelatnosti u sljedećim ustrojstvenim jedinicama:

1. središnjoj ustrojstvenoj jedinici,
2. regionalnim ustrojstvenim jedinicama.

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

Članak 100.

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

(2) Regionalne ustrojstvene jedinice Zavoda su regionalni uredi Zavoda.

Članak 101.

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

Članak 104.

(1) Statutom Zavoda utvrđuje se osobito: ustrojstvo Zavoda, djelokrug ustrojstvenih jedinica, nazivi unutarnjih ustrojstvenih jedinica, prava, obveze i odgovornosti tijela Zavoda, javnost rada Zavoda i njegovih tijela, način obavljanja administrativno-stručnih i drugih poslova, kao i druga pitanja od značenja za rad Zavoda.

(2) Statut i opći akti Zavoda kojima se uređuju prava i obveze osiguranih osoba iz obveznoga zdravstvenog osiguranja objavljuju se u »Narodnim novinama«.

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 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 114.

Način imenovanja i razrješenja voditelja regionalnog ureda Zavoda uređuje se statutom Zavoda.

Članak 115.

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

Članak 119.

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

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

(3) Status osigurane osobe dokazuje se iskaznicom zdravstveno osigurane osobe ili ovjerenom kopijom prijave na obvezno zdravstveno osiguranje.

(4) Status osigurane osobe u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti dokazuje se europskom karticom zdravstvenog osiguranja ili certifikatom koji privremeno zamjenjuje europsku karticu zdravstvenog osiguranja, odnosno drugom odgovarajućom potvrdom u skladu s propisima Europske unije.

(5) Ispravu iz stavka 4. ovoga članka izdaje Zavod na zahtjev osigurane osobe.

(6) Opći akt o sadržaju, obliku i naknadi za troškove izdavanja isprava iz stavka 3. ovoga članka, kao i načinu njezina izdavanja te uvjetima i načinu izdavanja isprava iz stavka 4. ovoga članka donijet će Zavod.

Članak 120.

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

(2) Status osigurane osobe Zavod može utvrđivati po službenoj dužnosti na osnovi podataka dostavljenih od nadležnog tijela koje ima ovlasti prikupljanja i dostave podataka radi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje.

(3) Prijava na obvezno zdravstveno osiguranje, prijava promjene u obveznom zdravstvenom osiguranju te odjava s obveznoga zdravstvenog osiguranja podnose se u roku od osam dana od dana nastanka, promjene ili prestanka okolnosti na osnovi kojih se stječe ili prestaje status osigurane osobe.

(4) Osobi za koju obveznik plaćanja doprinosa ne podnese prijavu, odnosno odjavu s obveznoga zdravstvenog osiguranja Zavod će rješenjem utvrditi status, odnosno prestanak statusa osigurane osobe po službenoj dužnosti.

Članak 125.

(1) O pravima iz obveznoga zdravstvenog osiguranja rješava:

1. u prvom stupnju - ustrojstvena jedinica regionalnog ureda Zavoda nadležna prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe,
2. u drugom stupnju - Direkcija Zavoda.

(2) Žalba protiv rješenja donesenog u prvom stupnju ne odgađa izvršenje rješenja.

Članak 129.

(1) O priznavanju ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti Zavod odlučuje, u pravilu, bez donošenja pisanog rješenja, ovjerom tiskanice prijave o ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka, Zavod obvezno donosi rješenje u slučaju nepriznavanja ozljede, odnosno bolesti kao ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti te kada odlučuje o priznavanju ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti na osnovi zahtjeva osigurane osobe, odnosno člana obitelji osigurane osobe u slučaju smrti osigurane osobe.

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 146.

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

Članak 149.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 500.000,00 do 1.000.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj društvo za osiguranje koje u propisanom roku ne uplati prihod u visini od 4% na ukupan iznos naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti (članak 72. stavci 3. i 4.).

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

(3) Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 100.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj društvo za osiguranje koje u propisanom roku ne dostavi mjesečno izvješće iz članka 72. stavka 5. ovoga Zakona.

(4) Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 100.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj društvo za osiguranje koje u propisanom roku ne dostavi godišnje izvješće iz članka 72. stavka 6. ovoga Zakona.

(5) Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 20.000,00 kuna za prekršaj iz stavaka 3. i 4. ovoga članka kaznit će se i odgovorna osoba u društvu za osiguranje.

Članak 150.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 70.000,00 do 100.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna osoba koja Zavodu u propisanom roku ne dostavi prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje (članak 120. stavak 3.).

(2) Novčanom kaznom iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se za prekršaj pravna osoba koja podnese prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje na temelju zaključenog ugovora o radu čija svrha nije bila obavljanje poslova u skladu s tim ugovorom već isključivo ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (članak 122. stavak 4.).

(3) Novčanom kaznom u iznosu od 8.000,00 do 15.000,00 kuna kaznit će se i odgovorna osoba u pravnoj osobi i fizička osoba za prekršaj iz stavaka 1. i 2. ovoga članka.

(4) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka pravnoj ili fizičkoj osobi može se uz novčanu kaznu izreći i mjera zabrane obavljanja djelatnosti.

Članak 151.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 15.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna osoba, koja u propisanom roku ne dostavi Zavodu sve podatke u vezi s prijavom i odjavom osigurane osobe, radi ostvarivanja prava i obveza iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (članak 122. stavak 2.).

(2) Novčanom kaznom u iznosu od 8.000,00 do 13.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka fizička osoba obveznik podnošenja prijave na obvezno zdravstveno osiguranje.

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

Članak 152.

(1) Novčanom kaznom u iznosu od 50.000,00 do 250.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj ugovorna zdravstvena ustanova koja nenamjenski koristi sredstva ostvarena za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (članak 94. stavak 3. točka 4.).

(2) Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna i odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi te ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse, odnosno izabrani doktor medicine, odnosno dentalne medicine primarne zdravstvene zaštite (članak 93. i članak 94. stavak 3. točka 4.).

(3) Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 20.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj izabrani doktor koji utvrđuje privremenu nesposobnost osiguranika protivno odredbama članka 46. ovoga Zakona, odnosno koji mijenjanjem dijagnoza bolesti osiguranika te neopravdanim zaključivanjem privremene nesposobnosti postupaju protivno odredbama članka 52. ovoga Zakona radi izbjegavanja primjene stavka 2. istog članka Zakona (članak 46. stavci 2. i 4. i članak 52. stavak 1.).

(4) Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 15.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj doktor specijalist u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi koji nije uputio prijedlog za liječenje lijekom bolničkom povjerenstvu za lijekove bolničke zdravstvene ustanove (članka 21. stavak 4.).

Članak 153.

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

1. ako je svjesno prouzročila privremenu nesposobnost, ako u roku od tri dana nakon početka bolesti ne izvijesti izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite da je oboljela, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ju je u tome onemogućio, ako namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje, ako za vrijeme privremene nesposobnosti radi, ako se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora, odnosno doktora kontrolora ili tijela Zavoda ovlaštenog za kontrolu privremene nesposobnosti, ako se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora otpuće iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta ili ako zlorabi pravo na korištenje privremene nesposobnosti na neki drugi način (članak 53.),
2. ako je ostvarila pravo na naknadu za troškove prijevoza u vezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, a nije za to imala pravne osnove (članak 62.),
3. ako koristi ispravu kojom se dokazuje status osigurane osobe na način protivan odredbama ovoga Zakona i propisa donesenih na temelju ovoga Zakona, odnosno zdravstvenu zaštitu ostvaruje koristeći tuđu ispravu (članak 119. stavci 3. i 6.).

Prilog:

- Izjava o usklađenosti prijedloga propisa s pravnom stečevinom Europske unije, s tablicom usporednog prikaza

**IZJAVA O USKLADNOSTI PRIJEDLOGA PROPISA S PRAVNOMI STEČEVINOM
EUROPSKE UNIJE**

1. Naziv prijedloga propisa

Zakon o izmjenama i dopunama zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (II. čitanje)

2. Stručni nositelj izrade prijedloga propisa

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

3. Veza s Programom Vlade Republike Hrvatske za preuzimanje i provedbu pravne stečevine Europske unije

Predviđeno Programom Vlade Republike Hrvatske za preuzimanje i provedbu pravne stečevine Europske unije za 2023. godinu.

Rok: I. kvartal 2023.

4. Preuzimanje odnosno provedba pravne stečevine Europske unije

a) Odredbe primarnih izvora prava Europske unije

Ugovor o funkcioniranju Europske unije
članak/članci članci 114. i 168

b) Sekundarni izvori prava Europske unije

Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi (SL L 88, 4.4.2011.)

32011L0024

- Članci 4., 5., 6., 7., 8., 9., 20. i 21. preuzeto: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13)
- Članci 3., 5., 7., 9. i 10. preuzeto: Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/13,34/18)
- Članci 1., 5. i 6. preuzeto: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, 15/18, 26/21, 46/22)
- Članci 3. i 12. preuzeto: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 147/20)
- Članci 3. i 11. preuzeto: Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept (NN 86/13)

- Članak 11. preuzeto: Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept (NN 107/15)
- Članci 6., 9. i 14. preuzeto: Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu (NN 14/2019)
- Članci 3. i 20. preuzeto: Zakon o izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 46/2022)
- Članak 3. preuzeto: Zakon o lijekovima (NN 76/2013, 90/2014)
- Članak 15. preuzeto: Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11)

c) Ostali izvori prava Europske unije

5. Prilog: tablice usporednih prikaza za propise kojima se preuzimaju odredbe sekundarnih izvora prava Europske unije u zakonodavstvo Republike Hrvatske

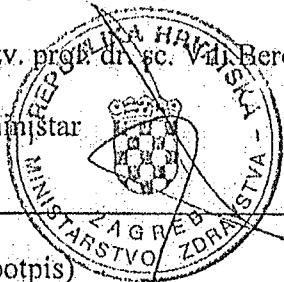
Da,

Potpis EU koordinатора stručnog nositelja izrade prijedloga propisa, datum i pečat

izv. prof. dr. sc. V. Beroš, dr. med.

ministar

(potpis)



22.2.2023.

(datum i pečat)

Potpis EU koordinатора Ministarstva vanjskih i europskih poslova, datum i pečat

Andreja Metelko-Zgombić

Državna tajnica za Europu

(potpis)

24.2.2023.

(datum i pečat)



USPOREDNI PRIKAZ PODUDARANJA ODREDBI PROPISA EUROPSKE UNIJE S PRIJEDLOGOM PROPISA

1. Naziv propisa Europske unije

Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi

2. Naziv prijedloga propisa

Zakon o izmjenama i dopunama zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (II.čitanje)

3. Usklađenost odredbi propisa Europske unije (sekundarni izvori prava) s odredbama prijedloga propisa

| a) | b) | c) | d) |
|--------------------------------|----------------------------|---|---|
| Odredbe propisa Europske unije | Odredbe prijedloga propisa | Je li sadržaj odredbe propisa Europske unije u potpunosti preuzet u odredbu prijedloga propisa? | Obrazloženje (ako sadržaj odredbe propisa Europske unije nije preuzet ili je djelomično preuzet u odredbu prijedloga propisa) |

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| <p>Članak 1.</p> <p>Predmet i područje primjene</p> <p>1. Ovom se Direktivom utvrđuju pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promiče suradnja u području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite. Ovom se Direktivom također nastoji pojasniti njezin odnos prema postojećem okviru o usklađivanju sustavâ socijalne sigurnosti, Uredbi (EZ) br. 883/2004, radi primjene prava pacijenata.</p> <p>2. Ova se Direktiva primjenjuje na pružanje zdravstvene zaštite pacijentima, bez obzira na to kako je organizirana, kako se pruža i financira.</p> <p>3. Ova se Direktiva ne primjenjuje na:</p> <p>(a) usluge u području dugoročne skrbi čija je svrha pomoći ljudima koji trebaju pomoć pri obavljanju rutinskih, svakodnevnih poslova;</p> <p>(b) dodjelu organa i njihovu dostupnost radi transplantacije organa;</p> <p>(c) izuzev poglavlja IV., programe javnog cijepljenja protiv infektivnih bolesti čiji je isključivi cilj zaštita zdravlja stanovništva na državnom području</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, 15/18, 26/21, 46/22) članak/članci članak 2. |
|---|--|---------------|--|

| | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <p>države članice, a podliježu posebnim mjerama planiranja i provedbe.</p> <p>4. Ova Direktiva ne utječe na zakone i druge propise u državama članicama koji se odnose na organizaciju i financiranje zdravstvene zaštite u situacijama koje nisu u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom. Konkretno, ni jedna odredba ove Direktive ne obvezuje državu članicu da nadoknadi troškove zdravstvene zaštite koju su pružili pružatelji zdravstvene zaštite s poslovnim nastanom na njezinom državnom području ako ti pružatelji nisu dio sustava socijalne sigurnosti ili javnog zdravstvenog sustava te države članice.</p> | | | |
| <p>Članak 2.</p> <p>Odnos prema drugim odredbama Unije</p> <p>1. Ova se Direktiva primjenjuje ne dovodeći u pitanje:</p> <p>(a) Direktivu Vijeća 89/105/EEZ od 21. prosinca 1988. o transparentnosti mjera kojima se uređuje određivanje cijena lijekova za ljudsku uporabu i njihovo uvrštenje u nacionalne sustave zdravstvenog osiguranja (18);</p> <p>(b) Direktivu Vijeća 90/385/EEZ od 20. lipnja 1990. o usklađivanju zakonodavstava država članica o aktivnim medicinskim</p> | | <p>Nije potrebno preuzimanje</p> | <p>nije potrebno preuzimanje</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>implantatima (19), Direktivu Vijeća 93/42/EEZ od 14. lipnja 1993. o medicinskim proizvodima (20) i Direktivu 98/79/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 27. listopada 1998. o in vitro dijagnostičkim medicinskim proizvodima (21);</p> <p>(c) Direktivu 95/46/EZ i Direktivu 2002/58/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 12. srpnja 2002. o obradi osobnih podataka i zaštiti privatnosti u području elektroničkih komunikacija (22);</p> <p>(d) Direktivu 96/71/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 16. prosinca 1996. o upućivanju radnika u okviru pružanja usluga (23);</p> <p>(e) Direktivu 2000/31/EZ;</p> <p>(f) Direktivu Vijeća 2000/43/EZ od 29. lipnja 2000. o provedbi načela jednakog postupanja prema osobama bez obzira na njihovo rasno ili etničko podrijetlo (24);</p> <p>(g) Direktivu 2001/20/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 4. travnja 2001. o usklađivanju zakonodavstava i drugih propisa država članica koji se odnose na provedbu dobre kliničke prakse prilikom provođenja kliničkih ispitivanja lijekova za ljudsku uporabu (25);</p> <p>(h) Direktivu 2001/83/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 6. studenoga 2001. o zakoniku Zajednice o lijekovima za ljudsku uporabu (26);</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>(i) Direktivu 2002/98/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 27. siječnja 2003. o utvrđivanju standarda kvalitete i sigurnosti za prikupljanje, ispitivanje, preradu, čuvanje i promet ljudske krvi i krvnih sastojaka (27);</p> <p>(j) Uredbu (EZ) br. 859/2003;</p> <p>(k) Direktivu 2004/23/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 31. ožujka 2004. o utvrđivanju standarda kvalitete i sigurnosti za postupke darivanja, prikupljanja, testiranja, čuvanja”skladištenja i distribucije ljudskih tkiva i stanica (28);</p> <p>(l) Uredbu (EZ) br. 726/2004 Europskog parlamenta i Vijeća od 31. ožujka 2004. o utvrđivanju postupaka Zajednice za odobravanje primjene i postupaka nadzora nad primjenom lijekova koji se rabe u humanoj i veterinarskoj medicini, te uspostavi Europske agencije za lijekove (29);</p> <p>(m) Uredbu (EZ) br. 883/2004 i Uredbu (EZ) br. 987/2009 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. rujna 2009. o utvrđivanju postupka provedbe Uredbe (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (30);</p> <p>(n) Direktivu 2005/36/EZ;</p> <p>(o) Uredbu (EZ) br. 1082/2006 Europskog parlamenta i Vijeća od 5. srpnja 2006. o Europskoj grupaciji za teritorijalnu suradnju (EGTS) (31);</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|----------------------|---|
| <p>(p) Uredbu (EZ) br. 1338/2008 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. prosinca 2008. o statističkim podacima Zajednice o javnom zdravlju i zdravlju i sigurnosti na radnom mjestu (32);</p> <p>(q) Uredbu (EZ) br. 593/2008 Europskog parlamenta i Vijeća od 17. lipnja 2008. o pravu koje se primjenjuje na ugovorne obveze (Rim I) (33), Uredbu (EZ) br. 864/2007 Europskog parlamenta i Vijeća od 11. srpnja 2007. o pravu koje se primjenjuje na izvanugovornu odgovornost (Rim II) (34) i ostala pravila Unije o međunarodnom privatnom pravu, posebno pravila koja se odnose na sudsku nadležnost i primjenjivo pravo;</p> <p>(r) Direktivu 2010/53/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 7. srpnja 2010. o standardima kvalitete i sigurnosti ljudskih organa namijenjenih transplantaciji (35);</p> <p>(s) Uredbu (EU) br. 1231/2010.</p> | | | |
| <p>Članak 3.</p> <p>Definicije</p> <p>Za potrebe ove Direktive primjenjuju se sljedeće definicije:</p> | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/13,34/18) članak/članci članak 2. stavak 5</p> |

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| <p>(a), „zdravstvena zaštita” znači zdravstvene usluge koje pružaju zdravstveni stručnjaci pacijentima radi procjene, održavanja ili liječenja njihova zdravstvenog stanja, uključujući propisivanje, izdavanje na recept i davanje lijekova i medicinskih proizvoda;</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 147/20) članak/članci članak 4. |
| <p>(b), „osigurana osoba” znači:</p> <p>i. osobe, uključujući članove njihovih obitelji i njihove nadživjele osobe na koje se primjenjuje Uredba (EZ) br. 883/2004 i koji su osigurane osobe u smislu članka 1. točke (c) te Uredbe; i</p> <p>ii. državljani trećih zemalja na koje se odnosi Uredba (EZ) br. 859/2003 ili Uredba (EU) br. 1231/2010, odnosno koji ispunjavaju uvjete zakonodavstva države članice u čijem sustavu ostvaruju za pravo na povlastice;</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 46/2022) članak/članci članak 4. |
| <p>(c), „država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada” znači:</p> <p>i. za osobe iz točke (b) podtočke i., država članica nadležna za davanje prethodnog odobrenja osiguranoj osobi za odgovarajuće liječenje izvan države članice boravišta prema uredbama (EZ) br. 883/2004 i (EZ) br. 987/2009;</p> <p>ii. za osobe iz točke (b) podtočke ii., država članica nadležna za davanje prethodnog odobrenja osiguranoj osobi za odgovarajuće liječenje u drugoj državi članici prema Uredbi (EZ)</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o lijekovima (NN 76/2013, 90/2014) članak/članci članak 3. st 1. |
| | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept (NN 86/13) članak/članci članak 8. |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>br. 859/2003 ili Uredbi (EU) br. 1231/2010. Ako ni jedna država članica nije nadležna prema tim uredbama, država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada je država članica u kojoj je osoba osigurana ili ima pravo na davanje za slučaj bolesti prema zakonodavstvu te države članice;</p> <p>(d) „država članica liječenja” znači država članica na čijem je državnom području stvarno pružena zdravstvena zaštita pacijentu. U slučaju telemedicine, smatra se da je zdravstvena zaštita pružena u državi članici u kojoj pružatelj zdravstvene zaštite ima poslovni nastan;</p> <p>(e) „prekogranična zdravstvena zaštita” znači zdravstvena zaštita pružena ili propisana u državi članici koja se razlikuje od države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada;</p> <p>(f) „zdravstveni stručnjak” znači liječnik, medicinska sestra odgovorna za opću zdravstvenu zaštitu, stomatolog, primalja ili ljekarnik u smislu Direktive 2005/36/EZ, ili drugi stručnjak koji obavlja poslove u sektoru zdravstvene zaštite koji su ograničeni na zakonski uređenu struku prema definiciji u članku 3. stavku 1. točki (a) Direktive 2005/36/EZ, ili osoba koja se smatra zdravstvenim stručnjakom prema zakonodavstvu države članice liječenja;</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>(g) „pružatelj zdravstvene zaštite” znači svaka fizička ili pravna osoba ili bilo koji subjekt koji zakonito pruža zdravstvenu zaštitu na državnom području države članice;</p> <p>(h) „pacijent” znači svaka fizička osoba koja želi dobiti ili dobije zdravstvenu zaštitu u državi članici;</p> <p>(i) „lijek” znači lijek prema definiciji iz Direktive 2001/83/EZ;</p> <p>(j) „medicinski proizvod” znači proizvod prema definiciji iz Direktive 90/385/EEZ, Direktive 93/42/EEZ ili Direktive 98/79/EZ;</p> <p>(k) „recept” znači recept za lijek ili za medicinski proizvod koji je izdao pripadnik uređene zdravstvene struke u smislu članka 3. stavka 1. točke (a) Direktive 2005/36/EZ koji je za to zakonito ovlašten u državi članici u kojoj je recept izdan;</p> <p>(l) „zdravstvena tehnologija” znači lijek, medicinski proizvod ili medicinski i kirurški postupci te mjere za sprečavanje bolesti, dijagnozu ili liječenje koje se koriste u zdravstvenoj zaštiti;</p> <p>(m) „zdravstveni kartoni” znači sva dokumentacija koja sadrži podatke, procjene i sve vrste informacija o stanju pacijenta i kliničkim zahvatima tijekom postupka zdravstvene zaštite.</p> <p>POGLAVLJE II.</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---|----------------------------|--|
| <p>ODGOVORNOSTI DRŽAVA ČLANICA U POGLEDU PREKOGRANIČNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE</p> | | | |
| <p>Članak 4.</p> <p>Odgovornosti države članice liječenja</p> <p>1. Uzimajući u obzir načela univerzalnosti, dostupnosti kvalitetne zdravstvene zaštite, pravičnosti i solidarnosti, prekogranična zdravstvena zaštita pruža se u skladu sa:</p> <p>(a) zakonodavstvom države članice liječenja;</p> <p>(b) standardima i smjernicama o kvaliteti i sigurnosti koje je utvrdila država članica liječenja; i</p> <p>(c) zakonodavstvom Unije o standardima sigurnosti.</p> <p>2. Država članica liječenja osigurava:</p> <p>(a) da pacijenti na svoj zahtjev dobiju od nacionalne kontaktne točke iz članka 6. odgovarajuće informacije o standardima i smjernicama iz stavka 1. točke (b) ovog članka, uključujući odredbe o nadzoru i procjeni pružatelja zdravstvene zaštite, informacije o tome koji pružatelji zdravstvene zaštite podliježu tim</p> | <p>Članak 13.</p> <p>U članku 26. stavku 1. iza riječi: „drugim državama članicama” dodaju se zarez i riječi: „ugovornim”.</p> | <p>Djelomično preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 26. i članak 27.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>standardima i smjernicama te informacije o mogućnostima koje postoje za osobe s invaliditetom za pristup bolnicama;</p> <p>(b) da pružatelji zdravstvene zaštite pružaju sve bitne informacije kako bi pacijentima omogućili donošenje informirane odluke, uključujući informacije o mogućnostima liječenja, dostupnosti, kvaliteti i sigurnosti zdravstvene zaštite koju pružaju u državi članici liječenja te da izdaju jasne račune i jasne informacije o cijenama, kao i o stanju stvari u vezi s njihovim odobrenjem ili prijavom, o njihovom osigurateljnom pokriću ili drugim načinima osobne ili skupne zaštite s obzirom na profesionalnu odgovornost. U mjeri u kojoj pružatelji zdravstvene zaštite pacijentima koji su stalno nastanjeni u državi članici liječenja već pružaju odgovarajuće informacije o tim temama, ovom se Direktivom pružatelji zdravstvene zaštite ne obvezuju na pružanje iscrpnijih informacija pacijentima iz drugih država članica;</p> <p>(c) da su za pacijente uvedeni transparentni postupci i mehanizmi za podnošenje pritužbi kako bi mogli potražiti pravnu zaštitu u skladu sa zakonodavstvom države članice liječenja ako pretrpe štetu proizašlu iz zdravstvene zaštite koju su dobili;</p> <p>(d) da su sustavi osiguranja profesionalne odgovornosti ili jamstva, ili sličnog</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>mehanizma koji je istovjetan ili u biti usporediv s obzirom na svoju svrhu te primjeren prirodi i opsegu rizika uvedeni za liječenje koje se pruža na njihovu državnom području;</p> <p>(e) da je zaštićeno temeljno pravo na privatnost u vezi s obradom osobnih podataka u skladu s nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ;</p> <p>(f) da radi osiguranja kontinuiteta skrbi pacijenti koji su primili terapiju imaju pravo na pisani ili elektronički zdravstveni karton te terapije i dobivanje barem jednoga primjerka toga kartona u skladu s i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode odredbe Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.</p> <p>3. Načelo zabrane diskriminacije s obzirom na nacionalnost primjenjuje se na pacijente iz drugih država članica.</p> <p>Ovime se ne dovodi u pitanje mogućnost da država članica liječenja, u slučajevima kada za to postoje prevladavajući razlozi od općeg interesa, kao što su zahtjevi u pogledu planiranja u vezi s ciljem osiguranja dostatne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude kvalitetnog liječenja u određenoj državi članici ili željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne rasipanje financijskih i tehničkih sredstava</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>te ljudskih potencijala, donese mjere koje se odnose na dostupnost liječenja s ciljem ispunjavanja svoje temeljne odgovornosti za osiguranje dostatne i trajne dostupnosti zdravstvene zaštite na svojem državnom području. Te se mjere ograničavaju na ono što je nužno i razmjerno i ne smiju predstavljati sredstvo svojevoljne diskriminacije te moraju biti unaprijed javno dostupne.</p> <p>4. Države članice osiguravaju da pružatelji zdravstvene zaštite na njihovom državnom području primjenjuju isti cjenik usluga za zdravstvenu zaštitu za pacijente iz drugih država članica kao i za domaće pacijente u sličnim zdravstvenim situacijama ili da naplaćuju cijenu izračunanu prema objektivnim, nediskriminirajućim kriterijima ako ne postoji usporediva cijena za domaće pacijente.</p> <p>Ovim se stavkom ne dovodi u pitanje nacionalno zakonodavstvo kojim se pružateljima zdravstvene zaštite dozvoljava da utvrde vlastite cijene, pod uvjetom da se time ne diskriminiraju pacijenti iz drugih država članica.</p> <p>5. Ova Direktiva nema utjecaj na zakone i druge propise u državama članicama o uporabi jezika. Države članice mogu odlučiti da će pružati informacije i na</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| jezicima koji nisu službeni jezici u određenoj državi članici. | | | |
| <p>Članak 5.</p> <p>Odgovornosti države članice čijem sustavu osigurana osoba pripada</p> <p>Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada osigurava:</p> <p>(a) da se trošak zdravstvene zaštite nadoknadi u skladu s poglavljem III.;</p> <p>(b) da su uvedeni mehanizmi za pružanje informacija pacijentima na njihov zahtjev o pravima koja imaju u toj državi članici u vezi s dobivanjem zdravstvene zaštite, posebno u pogledu odredaba i uvjeta za nadoknadu troškova u skladu s člankom 7. stavkom 6. i postupaka za dostupnost i utvrđivanje tih prava te za priziv i pravnu zaštitu ako pacijenti smatraju da se njihova prava ne poštuju, u skladu s člankom 9. U informacijama o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti mora se jasno navesti razlika između prava koja imaju pacijenti na temelju ove Direktive i prava koja proizlaze iz Uredbe (EZ) br. 883/2004;</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 28., članak 31, članak 32 |
| | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, 15/18, 26/21, 46/22) članak/članci članak 26 |
| | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/13,34/18) članak/članci članak 5 |

| | | | |
|--|---|----------------------------|---|
| <p>(c) da u slučajevima kada je pacijent dobio prekograničnu zdravstvenu zaštitu i kada se zdravstveno praćenje pokaže nužnim, isto zdravstveno praćenje bude dostupno kao što bi bilo dostupno da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području;</p> <p>(d) da pacijenti koji podnose zahtjev za dobivanje ili dobivaju prekograničnu zdravstvenu zaštitu imaju daljinski pristup svojim zdravstvenim kartonima ili da dobiju barem kopiju tih kartona u skladu s i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ.</p> | | | |
| <p>Članak 6.</p> <p>Nacionalne kontaktne točke za prekograničnu zdravstvenu zaštitu</p> <p>1. Svaka država članica određuje jednu ili više nacionalnih kontaktnih točaka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu i dostavlja Komisiji njihova imena i podatke za kontakt. Komisija i države članice objavljuju te podatke. Države članice osiguravaju da se nacionalne kontaktne točke savjetuju s organizacijama pacijenata,</p> | <p>Članak 14.</p> <p>Naslov iznad članka 33. i članak 33. mijenjaju se i glase:</p> <p>„4. Standardi zdravstvene zaštite</p> <p>Članak 33.</p> | <p>Djelomično preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, 15/18, 26/21, 46/22) članak/članci članak 33</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------|--|
| <p>pružateljima zdravstvene zaštite i osiguravateljima za zdravstveno osiguranje.</p> <p>2. Nacionalne kontaktne točke olakšavaju razmjenu informacija iz stavka 3. i tijesno surađuju međusobno i s Komisijom. Nacionalne kontaktne točke pružaju pacijentima na njihov zahtjev podatke za kontakt s nacionalnim kontaktnim točkama u drugim državama članicama.</p> <p>3. Kako bi omogućili pacijentima da iskoriste svoja prava u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom, nacionalne kontaktne točke u državi članici liječenja pružaju pacijentima informacije o pružateljima zdravstvene zaštite, uključujući, na zahtjev, informacije o posebnom pravu pružatelja da pruži usluge ili primijeni bilo kakva ograničenja u svojoj djelatnosti, informacije iz članka 4. stavka 2. točke (a) te informacije o pravima pacijenata, postupcima podnošenja pritužbi i mehanizmima za traženje pravne zaštite prema zakonodavstvu te države članice, kao i o pravnim i administrativnim mogućnostima koje su na raspolaganju za rješavanje sporova, uključujući i one u slučaju štete proizašle iz prekogranične zdravstvene zaštite.</p> <p>4. Nacionalne kontaktne točke u državi članici čijem sustavu pripadaju pružaju</p> | <p>Standarde zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika, u skladu s mjerama zdravstvene zaštite iz članka 18. stavka 2. ovoga Zakona te uvjete i način ostvarivanja prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje općim aktom Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.</p> | | |
| | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 32</p> |
| | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu (NN 14/2019) članak/članci članak 15</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|---|
| <p>pacijentima i zdravstvenim stručnjacima informacije iz članka 5. točke (b).</p> <p>5. Informacije iz ovog članka moraju biti lako dostupne i dostavljaju se elektroničkim sredstvima i u oblicima dostupnim osobama s invaliditetom, prema potrebi.</p> <p>POGLAVLJE III.</p> <p>NADOKNADA TROŠKOVA PREKOGRAIČNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE</p> | | | |
| <p>Članak 7.</p> <p>Opća načela nadoknade troškova</p> <p>1. Ne dovodeći u pitanje Uredbu (EZ) br. 883/2004 i podložno odredbama članka 8. i 9., država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada osigurava nadoknadu troškova nastalih osiguranoj osobi koja je dobila prekograničnu zdravstvenu zaštitu ako je dotična zdravstvena zaštita uvrštena u povlastice na koje osigurana osoba ima pravo u državi članici čijem sustavu pripada.</p> <p>2. Odstupajući od odredaba stavka 1.:</p> <p>(a) ako je država članica navedena na popisu u Prilogu IV. Uredbi (EZ) br. 883/2004 i u skladu s tom Uredbom je priznala</p> | <p>Članak 14.</p> <p>Naslov iznad članka 33. i članak 33. mijenjaju se i glase:</p> <p>„4. Standardi zdravstvene zaštite</p> <p>Članak 33.</p> <p>Standarde zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika, u skladu s mjerama</p> | <p>Djelomično preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 30., članak 31., članak 32., članak 33.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>prava na davanje za slučaj bolesti za umirovljenike i njihove obitelji koji su stalno nastanjeni u drugoj državi članici, ona im pruža zdravstvenu zaštitu na temelju ove Direktive o svojem trošku kada borave na njezinom državnom području u skladu sa svojim zakonodavstvom kao da su te osobe stalno nastanjene u državi članici navedenoj na popisu u tom Prilogu;</p> <p>(b) ako zdravstvena zaštita koja se pruža u skladu s ovom Direktivom nije podložna prethodnom odobrenju, ako se ne pruža u skladu s poglavljem 1. glave III. Uredbe (EZ) br. 883/2004, a pruža se na državnom području države članice koja je prema toj Uredbi i Uredbi (EZ) br. 987/2009 na kraju odgovorna za nadoknadu troškova, troškove pokriva ta država članica. Ta država članica može pokriti troškove zdravstvene zaštite u skladu s odredbama, uvjetima, kriterijima za ispunjavanje uvjeta te regulatornim i administrativnim formalnostima koje je odredila, pod uvjetom da su oni u skladu s Ugovorom o funkcioniranju Europske unije.</p> <p>3. Na državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada je da na lokalnoj, regionalnoj ili nacionalnoj razini odredi zdravstvenu zaštitu za koju osiguranik ima pravo na pokriće troškova i visinu tih</p> | <p>zdravstvene zaštite iz članka 18. stavka 2. ovoga Zakona te uvjete i način ostvarivanja prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje općim aktom Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.</p> <p style="text-align: center;">Članak 15.</p> <p style="text-align: center;">Članak 35. mijenja se i glasi:</p> <p>„(1) Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 4. i članka 20. stavka 5. ovoga Zakona.</p> <p>(2) Osigurane osobe troškove zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka plaćaju osobno prilikom korištenja zdravstvene zaštite odnosno putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.</p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| <p>troškova koji će biti pokriveni, bez obzira na to gdje se pruža zdravstvena zaštita.</p> <p>4. Troškove prekogranične zdravstvene zaštite nadoknađuje ili izravno plaća država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada do visine troškova koje bi pokrila država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području, s tim da se stvarni troškovi pružene zdravstvene zaštite ne mogu uvećati.</p> <p>U slučajevima kada ukupan trošak prekogranične zdravstvene zaštite premašuje visinu troškova koji bi bili pokriveni da je zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području, država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ipak može odlučiti da nadoknadi ukupan trošak.</p> <p>Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada može odlučiti da će nadoknaditi i druge povezane troškove, poput troškova smještaja i putovanja, ili dodatne troškove koji mogu nastati osobama s invaliditetom zbog jednoga ili više invaliditeta pri dobivanju zdravstvene zaštite u skladu s nacionalnim zakonodavstvom i pod uvjetom da se dostavi dostatna dokumentacija u kojoj su navedeni ti troškovi.</p> | <p>(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 i ugovornih isporučitelja pomagala, a sredstva iz članka 19. stavka 4. ovoga Zakona prihod su Zavoda.</p> <p>(4) U troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 4. ovoga Zakona nije obvezno sudjelovati dijete do navršene 18. godine života i osigurane osobe iz članka 12. stavaka 2. i 3. te članka 15. stavka 1. ovoga Zakona.“.</p> | | |
| | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/13,34/18) članak/članci članak 7,34,35,36,37,38 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>5. Države članice mogu donijeti propise u skladu s Ugovorom o funkcioniranju Europske unije s ciljem osiguravanja da pacijenti imaju ista prava pri dobivanju zdravstvene zaštite koja bi imali da su dobili zdravstvenu zaštitu u sličnoj situaciji u državi članici čijem sustavu pripadaju.</p> <p>6. Za potrebe stavka 4. države članice moraju imati transparentan mehanizam za izračunavanje troškova prekogranične zdravstvene zaštite koje osiguranoj osobi nadoknađuje država članica čijem sustavu pripadaju. Taj se mehanizam mora temeljiti na objektivnim, nediskriminirajućim i unaprijed poznatim kriterijima, a primjenjuje se na odgovarajućoj (lokalnoj, regionalnoj ili nacionalnoj) administrativnoj razini.</p> <p>7. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada može za pacijenta koji traži nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite, uključujući zdravstvenu zaštitu dobivenu putem telemedicinskih sredstava, propisati iste uvjete, kriterije za udovoljavanje uvjetima te regulatorne i administrativne formalnosti, bez obzira na to jesu li oni utvrđeni na lokalnoj, regionalnoj ili nacionalnoj razini, koje bi propisala da je ta zdravstvena zaštita pružena na njezinom državnom području. To može uključivati procjenu zdravstvenog stručnjaka ili upravitelja zdravstvene zaštite koji pruža usluge za državni sustav</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>socijalne sigurnosti ili nacionalni zdravstveni sustav države članice čijem sustavu osigurana osoba pripadaju, poput liječnika opće prakse ili liječnika primarne zaštite kod kojeg je pacijent prijavljen ako je to nužno za određivanje pojedinog pacijentova prava na zdravstvenu zaštitu. Međutim, nikakvi uvjeti, kriteriji za udovoljavanje uvjetima te regulatorne i administrativne formalnosti propisani prema ovom stavku ne smiju biti diskriminirajući niti predstavljati prepreku slobodnom kretanju pacijenata, usluga ili roba, osim ako to nije objektivno opravdano zahtjevima u pogledu planiranja u vezi s ciljem osiguranja dostatne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u dotičnoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.</p> <p>8. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ne smije uvjetovati nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite prethodnim odobrenjem, osim u slučajevima navedenim u članku 8.</p> <p>9. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada može ograničiti primjenu pravila o nadoknadi troškova za prekograničnu zdravstvenu zaštitu na temelju prevladavajućih razloga od općeg interesa, kao što su zahtjevi u pogledu planiranja u vezi s ciljem osiguranja</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|----------------------|---|
| <p>dostatne i trajne dostupnosti uravnotežene ponude liječenja u određenoj državi članici ili sa željom da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala.</p> <p>10. Bez obzira na stavak 9., države članice osiguravaju da se troškovi prekogranične zdravstvene zaštite za koju je dano prethodno odobrenje nadoknade u skladu s odobrenjem.</p> <p>11. Odluka da se ograniči primjena ovog članka sukladno stavku 9. ograničava se na ono što je nužno i razmjerno te ne smije predstavljati sredstvo svojevoljne diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju roba, osoba ili usluga. Države članice obavješćuju Komisiju o svim odlukama o ograničavanju nadoknade troškova zbog navedenih u stavku 9.</p> | | | |
| <p>Članak 8.</p> <p>Zdravstvena zaštita koja može biti podložna prethodnom odobrenju</p> <p>1. Država članica čijem sustavu pripadaju može predvidjeti sustav prethodnog odobrenja za nadoknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite u skladu s ovim člankom i člankom 9. Sustav prethodnog odobrenja, uključujući kriterije i</p> | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 28., čl. 29</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>primjenu tih kriterija te pojedine odluke o tome da se uskrati prethodno odobrenje ograničavaju se na ono što je nužno i razmjerno cilju koji se treba postići i ne smiju predstavljati sredstvo svojevolsjne diskriminacije ili neopravdanu prepreku slobodnom kretanju pacijenata.</p> <p>2. Zdravstvena zaštita koja može biti podložna prethodnom odobrenju ograničava se na zdravstvenu zaštitu koja:</p> <p>(a) je uvjetovana zahtjevima u pogledu planiranja koji se odnose na cilj osiguranja dostatne i stalne dostupnosti uravnotežene ponude kvalitetnoga liječenja u određenoj državi članici ili na želju da se maksimalno obuzdaju troškovi i izbjegne svako rasipanje financijskih i tehničkih sredstava te ljudskih potencijala i:</p> <p>i. uključuje smještaj određenog pacijenta u bolnici preko noći u trajanju od najmanje jedne noći; ili</p> <p>ii. zahtijeva uporabu visokospecijalizirane i skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme;</p> <p>(b) uključuje postupke liječenja koji predstavljaju poseban rizik za pacijenta ili stanovništvo; ili</p> <p>(c) koju pruža pružatelj zdravstvene zaštite koji bi, ovisno o pojedinom slučaju, mogao dati povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi s kvalitetom ili</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>sigurnošću te zdravstvene zaštite, uz izuzetak zdravstvene zaštite koja podliježe zakonodavstvu Unije kojim se osigurava minimalna razina sigurnosti i kvalitete diljem Unije.</p> <p>Države članice obavješćuju Komisiju o kategorijama zdravstvene zaštite iz točke (a).</p> <p>3. S obzirom na zahtjeve osigurane osobe za prethodnim odobrenjem radi dobivanja prekogranične zdravstvene zaštite država članica čijem sustavu pripadaju utvrđuje jesu li ispunjeni uvjeti propisani Uredbom (EZ) br. 883/2004. Ako su ti uvjeti ispunjeni, prethodno odobrenje daje se sukladno toj Uredbi, osim ako pacijent ne zahtijeva drukčije.</p> <p>4. Kada pacijent koji je obolio ili za kojeg se sumnja da je obolio od rijetke bolesti podnese zahtjev za prethodno odobrenje, stručnjaci u tom području mogu izvršiti kliničku procjenu. Ako se unutar države članice čijem sustavu pripada ne mogu pronaći stručnjaci ili ako je mišljenje stručnjaka neuvjerljivo, država članica čijem sustavu pripada može tražiti znanstveni savjet.</p> <p>5. Ne dovodeći u pitanje stavak 6. točke od (a) do (c), država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ne smije uskratiti prethodno odobrenje kada pacijent ima</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>pravo na dotičnu zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 7., a kada se ta zdravstvena zaštita ne može pružiti na njezinom državnom području u roku koji je medicinski opravdan na temelju objektivne medicinske procjene pacijentova zdravstvenog stanja, povijesti i vjerojatnog tijeka pacijentove bolesti, pacijentova stupnja boli i/ili prirode pacijentova invaliditeta u trenutku kada je zahtjev za odobrenje podnesen ili obnovljen.</p> <p>6. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada može uskratiti prethodno odobrenje iz sljedećih razloga:</p> <p>(a) pacijent će prema kliničkoj procjeni nedvosmisleno biti izložen riziku koji se u pogledu sigurnosti pacijenta ne može smatrati prihvatljivim, uzimajući u obzir potencijalnu dobrobit tražene prekogranične zdravstvene zaštite za pacijenta;</p> <p>(b) šira javnost će nedvosmisleno biti izložena velikom sigurnosnom riziku zbog predmetne prekogranične zdravstvene zaštite;</p> <p>(c) tu zdravstvenu zaštitu pruža pružatelj zdravstvene zaštite koji daje povoda za ozbiljnu i posebnu zabrinutost u vezi s poštovanjem standarda i smjernica o kvaliteti zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenta, uključujući odredbe o nadzoru, bez obzira na to jesu li ti standardi i smjernice propisani zakonima i drugim</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| <p>propisima ili putem sustava akreditacije koje je uspostavila država članica liječenja;</p> <p>(d)ta se zdravstvena zaštita može pružiti na njezinom državnom području u roku koji je medicinski opravdan uzimajući u obzir sadašnje zdravstveno stanje i vjerojatni tijek bolesti svakog navedenog pacijenta.</p> <p>7. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada objavljuje koja zdravstvena zaštita podliježe prethodnom odobrenju za potrebe ove Direktive, kao i sve bitne informacije o sustavu prethodnog odobrenja.</p> | | | |
| <p>Članak 9.</p> <p>Administrativni postupci u vezi s prekograničnom zdravstvenom zaštitom</p> <p>1. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada osigurava da su administrativni postupci u vezi s korištenjem prekogranične zdravstvene zaštite i nadoknadom troškova zdravstvene zaštite nastalih u drugoj državi članici utemeljeni na objektivnim, nediskriminirajućim kriterijima koji su nužni i razmjerni cilju koji treba ostvariti.</p> <p>2. Svaki administrativni postupak koji ima svojstva iz stavka 1. mora biti lako</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/13,34/18) članak/članci članak 7., članak 34, 35, 36,37,38 članak 33 pravo žalbe |
| | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 31., članak 34. |

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| <p>dostupan, a informacije koje se odnose na takav postupak objavljuju se na odgovarajućoj razini. Takvim se postupkom mora osigurati objektivno i nepristrano rješavanje zahtjeva.</p> <p>3. Države članice postavljaju razumne rokove u kojima se moraju riješiti zahtjevi za prekograničnu zdravstvenu zaštitu i unaprijed ih objavljuju. Prilikom razmatranja zahtjeva za prekograničnu zdravstvenu zaštitu države članice uzimaju u obzir:</p> <p>(a) konkretno zdravstveno stanje; (b) žurnost i karakteristične okolnosti.</p> <p>4. Države članice osiguravaju da se pojedine odluke u vezi s korištenjem prekogranične zdravstvene zaštite i nadoknadom troškova zdravstvene zaštite nastalih u drugoj državi članici prikladno obrazlože i da, ovisno o pojedinom slučaju, podliježu reviziji te da se mogu osporiti u sudskom postupku, što uključuje mogućnost privremenih mjera.</p> <p>5. Ovom se Direktivom ne dovodi u pitanje pravo država članica da pacijentima ponude dobrovoljni sustav prethodnog obavješćivanja pri čemu nakon takve obavijesti pacijent dobije pisanu potvrdu iznosa koji će se nadoknaditi na temelju procjene. Pri toj se procjeni uzima u obzir klinički slučaj pacijenta i navode se</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu (NN 14/2019) članak/članci članak 14. |
|--|--|---------------|--|

| | | | |
|---|--|----------------------|--|
| <p>medicinski postupci koji će se vjerojatno primijeniti.</p> <p>Države članice mogu odabrati primjenu mehanizama financijskog poravnanja između nadležnih institucija kako je predviđeno Uredbom (EZ) br. 883/2004. Ako država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada ne primjenjuje takve mehanizme, ona osigurava da pacijenti dobiju nadoknadu troškova bez nepotrebnog odlaganja.</p> <p>POGLAVLJE IV.</p> <p>SURADNJA U PODRUČJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE</p> | | | |
| <p>Članak 10.</p> <p>Uzajamna pomoć i suradnja</p> <p>1. Države članice pružaju uzajamnu pomoć kada je potrebna za provedbu ove Direktive, uključujući suradnju u pogledu standarda i smjernica o kvaliteti i sigurnosti te razmjenu informacija, posebno između svojih nacionalnih kontaktnih točaka u skladu s člankom 6., uključujući informacije o odredbama o nadzoru i uzajamnoj pomoći radi pojašnjenja sadržaja računa.</p> | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (NN 160/13,34/18) članak/članci članak 36, 37,38.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>2. Države članice olakšavaju suradnju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite na regionalnoj i lokalnoj razini, kao i putem informatičkih i komunikacijskih tehnologija te druge oblike prekogranične suradnje.</p> <p>3. Komisija potiče države članice, a posebno susjedne zemlje, da međusobno sklapaju sporazume. Komisija također potiče države članice da surađuju u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite u pograničnim područjima.</p> <p>4. Države članice liječenja osiguravaju da se informacije o pravu na obavljanje djelatnosti zdravstvenih stručnjaka navedenih u nacionalnim ili lokalnim registrima uspostavljenim na njihovom državnom području na zahtjev stave na raspolaganje nadležnim tijelima drugih država članica za potrebe prekogranične zdravstvene zaštite u skladu s poglavljima II. i III. i s nacionalnim mjerama kojima se provode odredbe Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno direktiva 95/46/EZ i 2002/58/EZ te s načelom pretpostavke nedužnosti. Razmjena informacija odvija se preko informatičkog sustava unutarnjeg tržišta uvedenog na temelju Odluke Komisije 2008/49/EZ od 12. prosinca 2007. o provedbi informacijskog sustava unutarnjeg tržišta s obzirom na zaštitu osobnih podataka (36).</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| <p>Članak 11.</p> <p>Priznavanje recepata izdanih u drugoj državi članici</p> <p>1. Ako je lijek odobren za promet na njihovom državnom području u skladu s Direktivom 2001/83/EZ ili Uredbom (EZ) br. 726/2004, države članice osiguravaju da se recepti izdani za taj lijek u drugoj državi članici za imenovanog pacijenta mogu koristiti na njihovom državnom području u skladu s njihovim nacionalnim zakonodavstvom koje je na snazi i da su sva ograničenja u pogledu priznavanja pojedinih recepata zabranjena, osim ako su:</p> <p>(a) ograničena na ono što je nužno i razmjerno da bi se zaštitilo zdravlje ljudi i nediskriminirajuća; ili</p> <p>(b) utemeljena na zakonitim i opravdanim dvojabama u pogledu vjerodostojnosti, sadržaja ili razumljivosti pojedinog recepta.</p> <p>Priznavanje takvih recepata ne utječe na nacionalna pravila kojima se uređuje propisivanje i izdavanje lijekova na recept ako su ta pravila spojiva s pravom Unije, uključujući generičke i druge zamjenske lijekove. Priznavanje recepata ne utječe na pravila o nadoknadi troškova lijekova. Nadoknada troškova lijekova obuhvaćena je poglavljem III. ove Direktive.</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept (NN 86/13) članak/članci članak 15., članak 16, članak 20. |
| | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept (NN 107/15) članak/članci članak 5. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Priznavanje recepata posebno nema utjecaj na pravo ljekarnika, na temelju nacionalnih pravila, da iz etičkih razloga odbije izdati lijek koji je propisan u drugoj državi članici u slučajevima kada bi ljekarnik imao pravo odbiti izdavanje lijeka da je recept izdan u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada.</p> <p>Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada poduzima sve potrebne mjere, uz priznavanje recepta, kako bi se osigurao kontinuitet liječenja u slučajevima kada je recept izdan u državi članici liječenja za lijekove ili medicinske proizvode koji su u državi članici čijem sustavu osigurana osoba pripada dostupni i izdaju se na recept.</p> <p>Ovaj se stavak također primjenjuje na medicinske uređaje koji se na zakonit način stavljaju na tržište u odgovarajućoj državi članici.</p> <p>2. Radi pojednostavljivanja provedbe stavka 1. Komisija usvaja:</p> <p>(a) mjere kojima se zdravstvenom stručnjaku omogućava provjera ispravnosti recepta i da li je recept izdao u drugoj državi članici pripadnik uređene zdravstvene djelatnosti koji je za to pravno ovlašten, tako da se izradi netaksativni popis elemenata koje treba uključiti u recepte i koji moraju biti jasno</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>prepoznatljivi u svim oblicima recepata, uključujući elemente pomoću kojih će se olakšati kontakt, ako je potreban, između stranke koja je propisala lijek i stranke koja ga izdaje kako bi se omogućilo potpuno razumijevanje postupka liječenja, uz dužno poštovanje zaštite podataka;</p> <p>(b)smjernice kojima se pruža potpora državama članicama u razvoju interoperabilnosti e-recepata;</p> <p>(c)mjere za pojednostavljivanje ispravnog označivanja lijekova ili medicinskih proizvoda koji su propisani u jednoj državi članici a izdaju se u drugoj, uključujući mjere za rješavanje pitanja zabrinutosti u pogledu sigurnosti pacijenta u vezi s njihovom zamjenom u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u slučajevima kada zakonodavstvo države članice u kojoj se izdaje proizvod dozvoljava takvu zamjenu. Komisija razmatra, među ostalim, uporabu međunarodnoga generičkog naziva i doziranje lijekova;</p> <p>(d)mjere za olakšavanje razumljivosti informacija koje se pružaju pacijentima u vezi s receptom i sadržanim uputama o uporabi proizvoda, uključujući podatke o aktivnoj tvari i doziranju.</p> <p>Komisija donosi mjere iz točke (a) najkasnije do 25. prosinca 2012., a mjere iz</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>točaka (c) i (d) Komisija donosi najkasnije do 25. listopada 2012.</p> <p>3. Mjere i smjernice iz točaka od (a) do (d) stavka 2. usvajaju se u skladu s regulatornim postupkom iz članka 16. stavka 2.</p> <p>4. Pri usvajanju mjera ili smjernica na temelju stavka 2. Komisija uzima u obzir razmjernost svih troškova pridržavanja tih mjera ili smjernica, kao i moguće koristi od njih.</p> <p>5. Za potrebe stavka 1. Komisija također donosi, putem delegiranih akata u skladu s člankom 17. i podložno uvjetima članaka 18. i 19., a najkasnije do 25. listopada 2012., mjere za isključenje određenih kategorija lijekova ili medicinskih proizvoda iz priznavanja recepata predviđenog ovim člankom kada je to potrebno radi zaštite javnog zdravlja.</p> <p>6. Stavak 1. ne primjenjuje se na lijekove koji podliježu posebnoj medicinskom receptu predviđenom u članku 71. stavku 2. Direktive 2001/83/EZ.</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|--|---------------|---|
| <p>Članak 12.</p> <p>Europske referentne mreže</p> <p>1. Komisija podupire države članice u razvoju europskih referentnih mreža između pružatelja zdravstvene zaštite i stručnih centara u državama članicama, posebno u području rijetkih bolesti. Mreže moraju biti utemeljene na dobrovoljnom sudjelovanju svojih članova koji sudjeluju i doprinose aktivnostima mreža u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj članovi imaju poslovni nastan te moraju uvijek biti otvorene za nove pružatelje zdravstvene zaštite koji bi im se htjeli pridružiti, pod uvjetom da ti pružatelji zdravstvene zaštite ispune sve tražene uvjete i kriterije iz stavka 4.</p> <p>2. Europske referentne mreže moraju imati najmanje tri od dolje navedenih ciljeva:</p> <p>(a) pomoć u ostvarivanju mogućnosti europske suradnje koja se odnosi na visokospecijaliziranu zdravstvenu zaštitu za pacijente i sustave zdravstvene zaštite korištenjem inovacija u medicinskoj znanosti i zdravstvenim tehnologijama;</p> <p>(b) doprinos ponudi i razmjeni znanja o sprečavanju bolesti;</p> <p>(c) omogućavanje poboljšanja dijagnoze i pružanja kvalitetne, pristupačne i isplative zdravstvene zaštite za sve pacijente sa zdravstvenim stanjem koje</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 147/20) članak/članci članak 143,144,145 |
|---|--|---------------|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>zahtijeva posebno udruživanje stručnih spoznaja u medicinskim područjima gdje su stručne spoznaje rijetke;</p> <p>(d)maksimalno iskorištavanje ekonomične uporabe sredstava i ljudskih potencijala njihovim udruživanjem prema potrebi;</p> <p>(e)jačanje istraživanja, epidemiološkog nadzora poput registara i pružanje usavršavanja za zdravstvene stručnjake;</p> <p>(f)olakšavanje mobilnosti stručnih spoznaja, virtualno ili fizički, izrada, razmjena i prenošenje podataka, spoznaja i najbolje prakse te poticanje napretka u dijagnozi i liječenju rijetkih bolesti unutar i izvan mreža;</p> <p>(g)poticanje razvoja kvalitetnih i sigurnih kriterija te pomoć u razvoju i prenošenju najbolje prakse unutar i izvan mreže;</p> <p>(h)pomoć državama članicama s nedovoljnim brojem pacijenata s posebnim zdravstvenim stanjem ili onima koje nemaju tehnologiju ili stručno znanje za pružanje visokospecijaliziranih usluga najviše kvalitete.</p> <p>3. Države članice potiču se da olakšaju razvoj europskih referentnih mreža:</p> <p>(a)povezivanjem odgovarajućih pružatelja zdravstvene zaštite i stručnih centara diljem svojeg nacionalnog područja i osiguravanjem pružanja informacija odgovarajućim pružateljima zdravstvene</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>zaštite i stručnim centrima diljem svojeg nacionalnog područja;</p> <p>(b) poticanjem sudjelovanja pružatelja zdravstvene zaštite i stručnih centara u europskim referentnim mrežama.</p> <p>4. Za potrebe stavka 1. Komisija:</p> <p>(a) donosi popis određenih kriterija i uvjeta koje moraju ispuniti europske referentne mreže te uvjeta i kriterija koji se traže od pružatelja zdravstvene zaštite koji se žele pridružiti europskoj referentnoj mreži. Tim se kriterijima i uvjetima osigurava, među ostalim, da europske referentne mreže:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. imaju stručno znanje i iskustvo da postavljaju dijagnozu, prate i vode pacijente s pokazateljima dobrih rezultata u mjeri u kojoj je to potrebno; ii. provode multidisciplinarni pristup; iii. pružaju visoku razinu stručnog znanja i sposobne su izraditi smjernice dobre prakse te provesti krajnje mjere i kontrolu kvalitete; iv. daju doprinos istraživanju; v. organiziraju poslove poučavanja i obuke; te vi. tijesno surađuju s drugim stručnim centrima i mrežama na nacionalnoj i međunarodnoj razini; <p>(b) izrađuje i objavljuje kriterije za osnivanje i ocjenjivanje europskih referentnih mreža;</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <p>(c) olakšava razmjenu informacija i stručnih spoznaja u vezi s osnivanjem europskih referentnih mreža i njihovim ocjenjivanjem.</p> <p>5. Komisija usvaja mjere iz stavka 4. točke (a) putem delegiranih akata u skladu s člankom 17. i podložno uvjetima članaka 18. i 19. Mjere iz stavka 4. točaka (b) i (c) usvajaju se u skladu s regulatornim postupkom iz članka 16. stavka 2.</p> <p>6. Mjere usvojene na temelju ovog članka ne služe za usklađivanje zakona i drugih propisa država članica i tim se mjerama u potpunosti poštuju odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske skrbi.</p> | | | |
| <p>Članak 13.</p> <p>Rijetke bolesti</p> <p>Komisija pomaže državama članicama pri suradnji na razradi dijagnoze i proširenju kapaciteta liječenja, posebno putem nastojanja da se:</p> <p>(a) zdravstveni stručnjaci upoznaju sa sredstvima koja su im na raspolaganju na razini Unije kako bi im se pomoglo da ispravno dijagnosticiraju rijetke bolesti, a posebno s bazom podataka Orphanet i s europskim referentnim mrežama;</p> | | <p>Nije potrebno preuzimanje</p> | <p>nije potrebno preuzimanje</p> |

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| <p>(b)pacijenti, zdravstveni stručnjaci i tijela odgovorna za financiranje zdravstvene zaštite upoznaju s mogućnostima koje Uredba (EZ) br. 883/2004 pruža za upućivanje pacijenata s rijetkim bolestima u druge države članice, čak i za dijagnozu i liječenja koja nisu dostupna u državi članici čijem sustavu pripadaju.</p> | | | |
| <p>Članak 14.</p> <p>E-zdravstvo</p> <p>1. Unija podupire i olakšava suradnju i razmjenu informacija među državama članicama koje djeluju u sklopu dobrovoljne mreže koja povezuje državna tijela odgovorna za e-zdravstvo, a koja su imenovale države članice.</p> <p>2. Ciljevi mreže e-zdravstva su:</p> <p>(a)djelovanje u smjeru pružanja održivih ekonomskih i socijalnih naknada europskih sustava e-zdravstva te usluga i interoperabilnih aplikacija radi postizanja visoke razine povjerenja i sigurnosti, unapređenja kontinuiteta zdravstvene zaštite i osiguranja pristupačnosti sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite;</p> <p>(b)izrada smjernica o:</p> <p>i.netaksativnom popisu podataka koje treba uključiti u sažetke o pacijentima i koje zdravstveni stručnjaci mogu</p> | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu (NN 14/2019) članak/članci članak 14., članak 26</p> |

| | | | |
|---|--|----------------------|---|
| <p>međusobno razmjenjivati kako bi se omogućio kontinuitet prekogranične zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata; i</p> <p>ii. učinkovitim metodama za omogućavanje korištenja medicinskih podataka za javno zdravstvo i istraživanje;</p> <p>(c) potpora državama članicama u razvoju zajedničkih mjera za identifikaciju i utvrđivanje vjerodostojnosti radi pojednostavljenja mogućnosti prenošenja podataka u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.</p> <p>Ciljevi iz točaka (b) i (c) poduzimaju se uz dužno poštovanje načela zaštite podataka kako je navedeno posebno u direktivama 95/46/EZ i 2002/58/EZ.</p> <p>3. Komisija u skladu s regulatornim postupkom iz članka 16. stavka 2. usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcioniranje te mreže.</p> | | | |
| <p>Članak 15.</p> <p>Suradnja na procjeni zdravstvene tehnologije</p> <p>1. Unija podupire i olakšava suradnju i razmjenu znanstvenih podataka među državama članicama u okviru dobrovoljne mreže koja povezuju državna tijela ili</p> | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/11) članak/članci članak 36 Agencija za kvalitetu i akreditaciju</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>institucije odgovorne za procjenu zdravstvene tehnologije, a koja su imenovale države članice. Države članice dostavljaju Komisiji njihova imena i podatke za kontakt. Članovi takve mreže za procjenu zdravstvene tehnologije sudjeluju u i doprinose aktivnostima mreže u skladu sa zakonodavstvom države članice u kojoj imaju poslovni nastan. Mreža mora biti utemeljena na načelu dobrog upravljanja, uključujući transparentnost, objektivnost, nezavisnost stručnog znanja, pravičnost postupka i odgovarajuća savjetovanja s dionicima.</p> <p>2. Ciljevi mreže za procjenu zdravstvene tehnologije su:</p> <p>(a) potpora suradnji između državnih tijela ili institucija;</p> <p>(b) potpora državam članicama u pružanju objektivnih, pouzdanih, pravodobnih, transparentnih, usporedivih i prenosivih informacija o relativnoj efikasnosti kao i, kada je to potrebno, o kratkoročnoj i dugoročnoj učinkovitosti zdravstvenih tehnologija, te omogućavanje učinkovite razmjene tih informacija između državnih tijela ili institucija;</p> <p>(c) pomoć u analizi prirode i vrste podataka koji se mogu razmjenjivati;</p> <p>(d) izbjegavanje udvostručavanja procjena.</p> <p>3. Kako bi se ispunili ciljevi navedeni u stavku 2., mreža za ocjenu zdravstvene</p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>tehnologije može dobiti potporu Unije. potpora se može odobriti kako bi se:</p> <p>(a)doprinijelo financiranju administrativne i tehničke pomoći;</p> <p>(b)pružila potpora suradnji između država članica u razvoju i razmjeni metodologija za procjenu zdravstvenih tehnologija, uključujući procjenu relativne učinkovitosti;</p> <p>(c)doprinijelo financiranju pružanja prenosivih znanstvenih podataka za uporabu u nacionalnom izvješćivanju i analizama slučajeva koje naručuje mreža;</p> <p>(d)olakšala suradnja između mreže i drugih relevantnih institucija i tijela Unije;</p> <p>(e)olakšalo savjetovanje s dionicima o radu mreže.</p> <p>4. Komisija u skladu s regulatornim postupkom iz članka 16. stavka 2. usvaja potrebne mjere za osnivanje, upravljanje i transparentno funkcioniranje te mreže.</p> <p>5. Postupci za odobravanje potpore, uvjetima kojima ona može biti podložna i iznos potpore usvajaju se u skladu s regulatornim postupkom iz članka 16. stavka 2. Samo ona tijela i institucije u mreži koje su države članice sudionice imenovale kao korisnike ispunjavaju uvjete za potporu Unije.</p> | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <p>6. Odluke o proračunskim sredstvima potrebnim za mjere predviđene u ovom članku donose se svake godine u sklopu postupka usvajanja proračuna.</p> <p>7. Mjere koje se donose na temelju ovog članka ne utječu na nadležnosti država članica pri odlučivanju o provedbi zaključaka procjene zdravstvene tehnologije i ne služe za usklađivanje zakona ili drugih propisa država članica, a njima se u potpunosti poštuju odgovornosti država članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske skrbi.</p> <p>POGLAVLJE V.</p> <p>PROVEDBENE I ZAVRŠNE ODREDBE</p> | | | |
| <p>Članak 16.</p> <p>Odbor</p> <p>1. Komisiji pomaže Odbor koji se sastoji od predstavnika država članica i kojim predsjedava predstavnik Komisije.</p> <p>2. U slučaju upute na ovaj stavak, primjenjuju se članci 5. i 7. Odluke 1999/468/EZ uzimajući u obzir odredbe njezinog članka 8.</p> | | <p>Nije potrebno preuzimanje</p> | <p>nije potrebno preuzimanje</p> |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <p>Rok predviđen u članku 5. stavku 6. Odluke 1999/468/EZ utvrđuje se na tri mjeseca.</p> | | | |
| <p>Članak 17.</p> <p>Postupak delegiranja</p> <p>1. Ovlasti za donošenje delegiranih akata iz članka 11. stavka 5. i članka 12. stavka 5. dodjeljuju se Komisiji na rok od pet godina računajući od 24. travnja 2011. Komisija sastavlja izvješće o delegiranim ovlastima najkasnije šest mjeseci prije kraja petogodišnjeg razdoblja. Delegirane ovlasti produžavaju se automatski za jednako vremensko razdoblje, osim ako ga Europski parlament opozove u skladu s člankom 18.</p> <p>2. Čim donese delegirani akt, Komisija istodobno o tome obavješćuje Europski parlament i Vijeće.</p> <p>3. Ovlasti za donošenje delegiranih akata dodjeljuju se Komisiji podložno uvjetima utvrđenim u člancima 18. i 19.</p> | | <p>Nije potrebno preuzimanje</p> | <p>nije potrebno preuzimanje</p> |

| | | | |
|--|--|---------------------------|---------------------------|
| <p>Članak 18.</p> <p>Opoziv delegiranih ovlasti</p> <p>1. Europski parlament ili Vijeće mogu u svakom trenutku opozvati delegirane ovlasti iz članka 11. stavka 5. i članka 12. stavka 5.</p> <p>2. Institucija koja je započela unutarnji postupak odlučivanja o tome hoće li opozvati delegirane ovlasti nastoji obavijestiti drugu instituciju i Komisiju u razumnom roku prije donošenja konačne odluke navodeći delegirane ovlasti koje bi mogle podlijegati opozivu i moguće razloge za opoziv.</p> <p>3. Odlukom o opozivu prestaju delegirane ovlasti navedene u toj odluci. Ona proizvodi pravne učinke odmah ili na kasniji datum koji je u njoj naveden. Ona ne utječe ne valjanost delegiranih akata koji su već na snazi. Objavljuje se u Službenom listu Europske unije.</p> | | Nije potrebno preuzimanje | nije potrebno preuzimanje |
| <p>Članak 19.</p> <p>Prigovori na delegirane akte</p> <p>1. Europski parlament i Vijeće mogu uložiti prigovor na delegirani akt u roku od dva mjeseca od dana obavijesti.</p> | | Nije potrebno preuzimanje | nije potrebno preuzimanje |

| | | | |
|---|--|----------------------|--|
| <p>Na inicijativu Europskog parlamenta ili Vijeća taj se rok produžava za dva mjeseca.</p> <p>2. Ako nakon isteka roka iz stavka 1. ni Europski parlament ni Vijeće ne ulože prigovor na delegirani akt, on se objavljuje u Službenom listu Europske unije i stupa na snagu na dan koji je u njemu naveden.</p> <p>Delegirani akt može se objaviti u Službenom listu Europske unije i stupiti na snagu prije isteka tog roka ako su i Europski parlament i Vijeće obavijestili Komisiju o svojoj namjeri da ne ulažu prigovore.</p> <p>3. Ako Europski parlament ili Vijeće ulože prigovor na delegirani akt u roku iz stavka 1., on ne stupa na snagu. Institucija koja ulaže prigovor navodi razloge za prigovor na delegirani akt.</p> | | | |
| <p>Članak 20.</p> <p>Izvješća</p> <p>1. Do 25. listopada 2015., a nakon toga svake tri godine Komisija sastavlja izvješće</p> | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 2.</p> |

| | | | |
|---|--|---------------|--|
| <p>o primjeni ove Direktive i dostavlja ga Europskom parlamentu i Vijeću.</p> <p>2. Izvješće uključuje posebno podatke o kretanjima pacijenata, financijskim dimenzijama mobilnosti pacijenata, provedbi članka 7. stavka 9. i članka 8. te o funkcioniranju europskih referentnih mreža i nacionalnih kontaktnih točaka. U tom cilju Komisija obavlja procjenu sustava i postupaka uvedenih u državama članicama s obzirom na zahtjeve ove Direktive i ostalog zakonodavstva Unije koje se odnosi na mobilnost pacijenata.</p> <p>Države članice pružaju Komisiji pomoć i sve raspoložive podatke radi obavljanja procjene i izrade izvješća.</p> <p>3. Države članice i Komisija imaju mogućnost obratiti se Administrativnoj komisiji osnovanoj na temelju članka 71. Uredbe (EZ) br. 883/2004 kako bi pokrenuli pitanje financijskih posljedica primjene ove Direktive po države članice koje su se odlučile za nadoknadu troškova na temelju fiksnih iznosa u slučajevima obuhvaćenim člankom 20. stavkom 4. i člankom 27. stavkom 5. te Uredbe.</p> <p>Komisija prati učinke učinka članka 3. točke (c) podtočke i. i članka 8. ove Direktive i redovito izvješćuje o njima. Prvo izvješće podnosi se do 25. listopada 2013. Na temelju tih izvješća Komisija</p> | | Nije preuzeto | Preuzeto u: Zakon o izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 46/2022) članak/članci članak 33 Zavod je nacionalna kontaktna točka za pružanje informacija |
|---|--|---------------|--|

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| <p>prema potrebi daje prijedloge za ublažavanje nerazmjernosti.</p> | | | |
| <p>Članak 21.</p> <p>Prenošenje</p> <p>1. Države članice donose zakone i druge propise potrebne za usklađivanje s ovom Direktivom do 25. listopada 2013. One o tom odmah obavješćuju Komisiju.</p> <p>Kada države članice donose ove odredbe, te odredbe prilikom njihove službene objave sadržavaju uputu na ovu Direktivu ili se uz njih navodi takva uputa. Načine tog upućivanja utvrđuju države članice.</p> <p>2. Države članice dostavljaju Komisiji tekst glavnih odredaba nacionalnog prava koje donesu u području na koje se odnosi ova Direktiva.</p> | | <p>Nije preuzeto</p> | <p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 2.</p> |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <p>Članak 22.</p> <p>Stupanje na snagu</p> <p>Ova Direktiva stupa na snagu dvadesetog dana od dana objave u Službenom listu Europske unije.</p> | | <p>Nije potrebno preuzimanje</p> | <p>nije potrebno preuzimanje</p> |
| <p>Članak 23.</p> <p>Adresati</p> <p>Ova je Direktiva upućena državama članicama.</p> | | <p>Nije potrebno preuzimanje</p> | <p>nije potrebno preuzimanje</p> |