



HRVATSKI SABOR

KLASA: 022-02/22-01/194

URBROJ: 65-22-02

Zagreb, 9. prosinca 2022.

**ZASTUPNICAMA I ZASTUPNICIMA
HRVATSKOGA SABORA**

**PREDSJEDNICAMA I PREDSJEDNICIMA
RADNIH TIJELA**

Na temelju članka 178. Poslovnika Hrvatskoga sabora u prilogu upućujem *Prijedlog zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju*, koji je predsjedniku Hrvatskoga sabora podnijela Vlada Republike Hrvatske, aktom od 9. prosinca 2022. 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: 50301-04/25-22-5

Zagreb, 9. prosinca 2022.

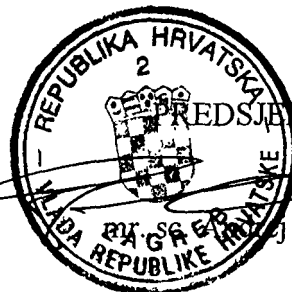
PREDSJEDNIKU HRVATSKOGA SABORA

PREDMET: 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. 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 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 njenoj 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.



2
PREDSJEDNIK

Plenković

VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

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

Zagreb, prosinac 2022.

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje ovoga zakona sadržana je u članku 2. stavku 4. podstavku 1. Ustava Republike Hrvatske („Narodne novine“, br. 85/10. - pročišćeni tekst i 5/14. - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske).

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

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.).

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 omogućí reguliranje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju po prestanku radnog odnosa u institucijama Europske unije, kao i zbrajanje razdoblja osiguranja navršenih 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, iznimno 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 % (25,00 kuna) na 1 % (33,00 kune/cca 4,41 eura)
- specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5 % (50,00 kuna) na 2 % (67,00 kuna/cca 9,00 eura)
- ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode utvrđene listom ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5 % (50,00 kuna) na 2 % (67,00 kuna/cca 9,00 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 % (25,00 kuna) na 1 % (33,00 kune/cca 4,41 eura)
- troškove bolničke zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 3,01 % (100,00 kuna) na 4,01 % (134,00 kune/cca 18 eura)
- dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe od 18 do 65 godina starosti uvećava se postotak proračunske osnovice s 30,07 % (1.000,00 kuna) na 40,09 % (1.333,00 kune/cca 177,00 eura)
- dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe starije od 65 godina uvećava se postotak proračunske osnovice s 15,03 % (500,00 kuna) na 20,04 % (670,00 kuna/cca 89,00 eura).

Ujedno se predlaže i povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite sa 60,13 % proračunske osnovice (2.000,00 kuna) na 120,26 % proračunske osnovice (4.000,00 kuna/cca 530,00 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 % 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 cca 125 milijuna kuna 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.

- uvođenje mogućnosti iznimnog upućivanja na liječenje osiguranih osoba neugovornim pružateljima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Mogućnost iznimnog upućivanja na liječenje osiguranih osoba neugovornim pružateljima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj omogućava se za liječenja koja se ne provode u Republici Hrvatskoj kod pružatelja zdravstvene zaštite koji su u ugovornom odnosu sa Zavodom, a mogu se uspješno provesti kod tih neugovornih pružatelja zdravstvene zaštite.

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

- 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 i roditeljskim potporama („Narodne novine“, br. 85/08., 110/08. - ispravak, 34/11., 54/13., 152/14., 59/17., 37/20. i 85/22.), 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. OCJENA I IZVORI SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVOĐENJE ZAKONA

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

**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.), 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 2.

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, odnosno 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 zadruge, 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 samoopskrbnog 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, odnosno 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, odnosno 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, odnosno odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište u Republici Hrvatskoj
13. osobe s prebivalištem, odnosno 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, odnosno 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) navršenih 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, odnosno 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, odnosno 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, odnosno 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) Iznimno, 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 3.

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 4.

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

„(3) Stavci 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 5.

Članak 13. mijenja se i glasi:

„(1) Osobe s prebivalištem, odnosno 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, 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 6.

Članak 15. mijenja se i glasi:

„(1) Osobe s prebivalištem, odnosno 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 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.“

Članak 7.

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

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

Stavak 2. mijenja se i glasi:

„(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 naknadnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita.“

Stavak 3. briše se.

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

Članak 8.

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 9.

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 dopunskoga 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 10.

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 naknadnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.

Članak 11.

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 12.

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 13.

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

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

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

Dosadašnji stavak 4. koji postaje stavak 5. mijenja se i glasi:

„(5) Mjerila i način korištenja zdravstvene zaštite iz stavaka 2., 3. i 4. ovoga članka utvrđuje općim aktom Zavod, uz naknadnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.

Članak 14.

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 naknadnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.

Članak 15.

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 16.

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 17.

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 18.

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 19.

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) Iznimno, 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 20.

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 21.

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 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 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 obavezan 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 izvršiti 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 22.

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 23.

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 24.

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

U stavku 3. na kraju rečenice umjesto točke piše se zarez i dodaju se riječi: „ako zakonom kojim se uređuju roditeljne i roditeljske potpore nije drukčije propisano.“.

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 25.

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 26.

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 ovlaštenu 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 27.

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 osiguranik 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 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 28.

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 29.

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 30.

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

Članak 31.

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

Članak 32.

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 33.

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 34.

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 35.

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 članka 89. do 92. ovoga Zakona odgovarajuće se primjenjuju i na postupke iz stavka 1. ovoga članka.“.

Članak 36.

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 37.

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 38.

Članci 100. i 101. brišu se.

Članak 39.

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

Članak 40.

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 41.

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 uređuje osnivanje i ustrojstvo javne ustanove donosi Upravno vijeće Zavoda, a postupak odabira kandidata za ravnatelja provodi ministarstvo nadležno za zdravstvo.“.

Članak 42.

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 uređuje osnivanje i ustrojstvo javne ustanove donosi Upravno vijeće Zavoda, a postupak odabira kandidata za ravnatelja provodi ministarstvo nadležno za zdravstvo.“.

Članak 43.

Članak 114. briše se.

Članak 44.

Članak 115. mijenja se i glasi:

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

Članak 45.

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 46.

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 47.

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 48.

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 49.

Članak 131. mijenja se i glasi:

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

Članak 50.

U članku 146. 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 51.

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 prouzročениh 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 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 (članak 53. stavak 1. točka 6.).“

Članak 52.

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

(2) U članku 4. stavku 1., članku 8. stavku 1., članku 9. i članku 14. ovoga Zakona iza riječi: „stalnim boravkom“ u odgovarajućem padežu dodaju se riječi: „ili dugotrajnim boravištem“ u odgovarajućem padežu.

(3) U članku 75. stavku 2. i članku 80. stavcima 2. i 3. riječi: „Porezna uprava“ u odgovarajućem padežu zamjenjuju se riječima: „Ministarstvo financija, Porezna uprava“ u odgovarajućem padežu.

(4) U članku 116. stavcima 1. i 2. riječi: „ministarstvo nadležno za zdravlje“ zamjenjuju se riječima: „ministarstvo nadležno za zdravstvo“.

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 53.

(1) Ministar nadležan za poslove socijalne skrbi donijet će pravilnik iz članka 6. ovoga Zakona u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(2) Ministar nadležan za zdravstvo donijet će pravilnike iz članka 8. i 11. ovoga Zakona u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

(3) Ministar nadležan za financije donijet će pravilnik iz članka 33. ovoga Zakona u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 54.

(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 7., 8., 9., 10., 13., 14., 19., 27., 34., 45. i 49. ovoga Zakona donijeti u roku od godine dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 55.

(1) Do dana stupanja na snagu pravilnika i općih akata iz članaka 53. i 54. 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 ortopedskim i drugim pomagalicama („Narodne novine“, br. 62/19., 40/20. i 81/20.)
4. Pravilnik o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 146/13., 160/13., 34/14., 66/14., 62/15., 129/17. i 22/20.)
5. 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.)
6. 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. i 128/17.)
7. 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.).

(2) Danom stupanja na snagu općih akata Zavoda iz članka 7. i članka 19. ovoga Zakona prestaju važiti Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 126/06. i 156/08.) i Pravilnik o kontroli privremene nesposobnosti za rad („Narodne novine“, broj 130/13.).

Članak 56.

(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 57.

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 2. ovoga Zakona u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 58.

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 59.

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. 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 60.

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

Članak 61.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“, osim članka 19. stavaka 3. i 5. koji su izmijenjeni člankom 8. ovoga Zakona koji stupaju na snagu 1. rujna 2023.

O B R A Z L O Ž E N J E

Uz članak 1.

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 2.

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

Uz članke 3. i 4.

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 5. i 6.

Ovim se člancima dodatno uređuju odredbe vezane uz druge osigurane osobe. Propisuje se da su se osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, koje obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti prema jednoj od osnova osiguranja, obvezno 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, odnosno odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj koja je nesposobna za samostalan život i rad, a pod uvjetom da nema sredstava za održavanje, 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 7.

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.

Uz članak 8.

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 9.

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

Uz članak 10.

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 naknadnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Uz članak 11.

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 12.

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 13.

Ovim se člankom propisuje da će osiguranu osobu za koju je, u skladu s općim aktom Zavoda, pokrenut postupak za upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu, a radi se o liječenju koje se uspješno može provesti u Republici Hrvatskoj, ali kod pružatelja zdravstvene zaštite koji nemaju ugovor sa Zavodom za provođenje te vrste liječenja, umjesto na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu Zavod uputiti na liječenje neugovornom pružatelju zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj koji može provesti potrebno i odobreno liječenje. Mjerila i način korištenja takve zdravstvene zaštite utvrđuje općim aktom Zavod, uz naknadnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Uz članak 14.

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 naknadnu suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Uz članak 15.

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

Uz članke 16. i 17.

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 18.

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 19. i 20.

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 21.

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 22.

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 23.

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 24.

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 25.

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 26.

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

Uz članke 27. do 29.

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 30.

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 31.

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

Uz članak 32.

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 33.

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 34.

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 35.

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 36.

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 37. do 44.

Ovim se člancima dodatno uređuje ustrojstvo te tijela Zavoda.

Uz članke 45. i 46.

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

Uz članak 47.

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

Uz članak 48.

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

Uz članak 49.

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 50.

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 51.

Uređuju se prekršajne odredbe.

Uz članak 52.

Ovim se člankom terminološki usklađuje cijeli tekst Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju s nazivom ministra zdravstva, ministarstva nadležnog za zdravstvo i sa službenim nazivom Porezne uprave te s člankom 1. ovoga Zakona.

Uz članke 53. do 59.

Ovim se člancima propisuju prijelazne i završne odredbe ovoga Zakona.

Uz članak 60.

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 61.

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 8. ovoga Zakona koji stupaju na snagu 1. rujna 2023. godine. 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.

TEKST ODREDBI VAŽEĆEG ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU, ODNOSNO DOPUNJUJU

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 stradalog, zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja za vrijeme primanja novčane naknade u skladu s propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,
27. članovi obitelji smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja koji imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj, ako su se Zavodu prijavili u roku od 30 dana od dana prestanka primanja novčane naknade u skladu s propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
28. osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda i nalaze se u ustrojstvenim jedinicama Ministarstva pravosuđa, prema prijavi Ministarstva pravosuđa.

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

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

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

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

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

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

Članak 10.

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

1. supružnik (bračni i izvanbračni, sukladno propisima o obiteljskim odnosima),
2. djeca (rođena u braku, izvan braka ili posvojena, pastorčad) te druga djeca bez roditelja, ako ih osiguranik uzdržava, na zahtjev osiguranika,
3. roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i posvojitelj), ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava,
4. unuci, braća, sestre, djed i baka, ako su nesposobni za samostalan život i rad, ako nemaju sredstava za uzdržavanje i ako ih osiguranik uzdržava.

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

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

Članak 11.

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

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

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

Članak 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 pomagalicama 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 ambulatnoj 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 obaveznoga 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 članaka 22. i 23. ovoga Zakona ostvaruju sukladno općem aktu Zavoda.

Članak 26.

(1) Osigurana osoba ima pravo na teret sredstava obaveznoga 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 obavezan 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 obavezan 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, pastorko, 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 obvezan 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 naknada 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 osiguranik 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 prerađevine,
11. prihodi od obveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti.

(2) Prihod iz stavka 1. točke 10. ovoga članka u visini od 32% od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine 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 postupa 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 (članak 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 oputuje 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.).

Prilozi:

- Izvješće o provedenom savjetovanju sa zainteresiranom javnošću
- Izjava o usklađenosti prijedloga propisa s pravnom stečevinom Europske unije, s tablicom usporednog prikaza

OBRAZAC
IZVJEŠĆA O PROVEDENOM SAVJETOVANJU SA ZAINTERESIRANOM
JAVNOŠĆU O NACRTU PRIJEDLOGA ZAKONA
O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM
OSIGURANJU

Naslov dokumenta	Izvješće o provedenom savjetovanju o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju
Stvaratelj dokumenta, tijelo koje provodi savjetovanje	Ministarstvo zdravstva
Svrha dokumenta	Izvješće o provedenom savjetovanju o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju
Datum dokumenta	5. prosinca 2022.
Verzija dokumenta	I.
Vrsta dokumenta	Izvješće
Naziv nacrtu zakona, drugog propisa ili akta	Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju
Jedinstvena oznaka iz Plana donošenja zakona, drugih propisa i akata objavljenog na internetskim stranicama Vlade	-
Naziv tijela nadležnog za izradu nacrtu	Ministarstvo zdravstva
Koji su predstavnici zainteresirane javnosti bili uključeni u postupak izrade odnosno u rad stručne radne skupine za izradu nacrtu?	Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju izradilo je Ministarstvo zdravstva u suradnji s predstavnicima Ministarstva financija, Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo
Je li nacrt bio objavljen na internetskim stranicama ili na drugi odgovarajući način?	Da
Ako jest, kada je nacrt objavljen, na kojoj internetskoj stranici i koliko je vremena ostavljeno za savjetovanje?	Savjetovanje sa zainteresiranom javnošću provedeno je putem Središnjeg državnog portala „e-Savjetovanje“ u razdoblju od 19. listopada do 8. studenoga 2022.

Ako nije, zašto?	
Koji su predstavnici zainteresirane javnosti dostavili svoja očitovanja?	Vidjeti u prilogu ovoga obrasca.
ANALIZA DOSTAVLJENIH PRIMJEDBI Primjedbe koje su prihvaćene Primjedbe koje nisu prihvaćene i obrazloženje razloga za neprihvatanje	Vidjeti u prilogu ovoga obrasca.
Troškovi provedenog savjetovanja	Provedba javnog savjetovanja nije iziskivala dodatne financijske troškove.

Izvješće o provedenom savjetovanju - Savjetovanje o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

Redni broj	Korisnik/Sekcija/Komentar	Odgovor
1	<p>ANDREA BAČAC NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Baza svakog zdravstvenog sustava bi trebala biti primarna zdravstvena zaštita, i nju bi se trebalo novim zakonom ojačati, a kako vidim iz prijedloga nju se još više slabi. Što se misli postići time da se kažnjava pacijente i liječnike za "lažna " bolovanja? Samo obiteljsku se i kažnjava zbog propisivanja lijekova mimo klauzula HZZO, a klauzule se rijetko slažu s najnovijim smjernicama. Obiteljsku se već godinama svodi na administrativnu djelatnost, prvo sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, a u pandemiji i Zavodima za javno zdravstvo. Po prijedlozima novog zakona bi trebali pomoći i hitnoj medicini. A tko će onda raditi naš posao? Specijalisti obiteljske medicine su visokoobrazovani liječnici s mnogo kompetencija, ali smo najprije prvi prag u zdravstveni sustav, prag koji bi trebalo ojačati i osnažiti a ne kažnjavati i omalovažavati. Broj pacijenta u timu bi trebalo smanjiti da se liječnici stvarno mogu baviti prevencijom bolesti te liječenjem kroničnih nezaraznih bolesti. Mlade liječnike bi trebalo poticati da se odluče za obiteljsku medicinu i tu granu posebno poticati, a ne ih strašiti kaznama ako su otvorili bolovanje za koje netko smatra da je neopravdano. Ovaj zakon zahtjeva korijenite promjene za koje je potrebno poslušati struku. Ili jednostavno uzeti primjere iz drugih zemalja EU koji svoju primarnu puno više cijene i poštuju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
2	<p>Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU U ovom javnom savjetovanju nije predviđeno izmjenama i dopunama korigirati i uređivati cijene zdravstvenih usluga. Predlažemo da se razmotri i uvrsti dopuna članka 87., a na način da se cijene zdravstvenih usluga za djelatnost zdravstvene njege u kući utvrđuju sukladno s troškovima pružanja tih usluga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

<p>3 HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH BIOKEMIČARA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Hrvatska komora medicinskih biokemičara daje komentare i na odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju koje nisu predmet Nacrta prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Članak 40. točka 1. Hrvatska komora medicinskih biokemičara smatra da ne postoji medicinska indikacija, a niti neki drugi razlog da poslodavac snosi trošak naknade plaće za vremenski period od 42 dan, pa stoga predlaže da se broj „42“ zamijeni s brojem „30“, a u svrhu rasterećenja gospodarstva i poslodavaca. Članak 137. Hrvatska komora medicinskih biokemičara smatra da bi se osobi kojoj je isplaćen novčani iznos na koji nije imala pravo zatezna kamata trebala zaračunavati tek nakon proteka osam dana od dana zaprimljene pisane obavijesti Zavoda o utvrđenim okolnostima, a ne od dana kada joj je isplaćen nepripadajući iznos. Naime, u pravilu, osigurana osoba nije ta koja je prouzročila pogrešku zbog koje se isplata obavila u pogrešnom iznosu, pa nije u redu da bude kažnjena plaćanjem zakonske zatezne kamate od dana isplate (pisanu obavijest Zavoda osigurana osoba može zaprimiti i godinu-dvije nakon isplate, a zakonska zatezna kamata joj se, slijedom važeće zakonske odredbe, zaračunava sve to vrijeme), već tek nakon proteka zakonom utvrđenog roka za povrat isplaćene nepripadajuće naknade, a nakon zaprimanja pisane obavijesti Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>4 BARBARA PEJČIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: “Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja.” Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: “Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta.” Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: “Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje.” Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini

stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

5 **Oskar Franjić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
Potrebno je u PZZ/OM smanjiti/izbaciti administraciju (vođenje bolovanja, putni nalozi i sl.), smanjiti broj pacijenta po timu, kao i dnevno (pre)opterećenje, postaviti ispravne cijene DTP-a i priznati odrađeno. Svima omogućiti da rade SVOJ posao (neke i natjerati), a ne sve drugo. S druge strane, greške i nesposobnost u organiziranju i vođenju sustava se pokušava rješavati prisilom i kažnjavanjem onih koji rade. Što i ne čudi s obzirom na jasan omalovažavajući i sramotan stav ministra (i zdr. administracije) prema PZZ, osobito obiteljskoj medicini. KOHOM i dosta kolega iz PZZ su dali dobre i konkretne prijedloge, koji vjerojatno ni ovaj put neće biti uvaženi. Nažalost, slično vrijedi i za bolnički sustav, koji je financijski vjerojatno i znatno veći problem. Do sada nije riješena niti povezanost i vidljivost podataka u sustavu, ili neki "jednostavni" problemi, npr. u istom DZ-u (OBŽ) neki djelatnici dežuraju 3-4x godišnje, neki 12-13 puta, a ne neki drugi, veći problemi. Ali, eto, sve je to normalno. Pacijente treba educirati, upoznati ih sa svojim pravima i obvezama, ali moraju preuzeti i svoj dio odgovornosti. PZZ i OM moraju imati ravnopravan i priznat položaj u sustavu. Umjesto toga se omalovažava uz nametanje dodatnih poslova i aktivnosti, pa i ne čudi da se dobar dio PZZ-a osjeća iscrpljeno, diskriminirano i zlostavljano (od strane onih „koji brinu o nama“). Često se komentira i kao argument koristi sudjelovanje i „vođenje krize“ (od početka COVID-a), za koje (ako je kriza) nema razloga da ne sudjeluju svi jednako i ravnopravno, a obezvrjeđuje se uloga OM bez čijeg sudjelovanja od početka, (unatoč nejasnim uputama i preporukama) preuzimanja i odrađivanja najvećeg dijela poslova i pacijenata, od rješavanja krize ne bi bilo riješeno niti prvo slovo. I sada se želi dodatno opteretiti baš PZZ/OM. 2 prijedloga zakona koja ne djeluju dobronamjerno, korisno niti ravnopravno, koja teško mogu poslužiti popravljaju sustava, a eventualno mogu poslužiti za opravdavanje funkcije/postojanja predlagatelja (ili za skupljanje neke druge vrste bodova..).

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

<p>6 Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Kao opunomoćenica Hrvatskog sabora za zaštitu i promicanje ljudskih prava i kao institucija koja je središnje tijelo nadležno za suzbijanje diskriminacije, pozdravljamo upućivanje u proceduru donošenja Nacrta prijedloga, posebno jer se najavljuje već dulji niz godina. Predlagatelj navodi da je rok od 20 dana za e-savjetovanje zbog osobito opravdanih državnih razloga, odnosno radi pravodobne provedbe Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021.-2026. (C5-1.R4 Osiguranje financijske održivosti zdravstvenog sustava). Međutim, smatramo da je javno savjetovanje u trajanju od 20 dana prekratko obzirom na važnost reforme sustava obveznog zdravstvenog osiguranja koja se tiče svih građana. Kako je institucija pučke pravobraniteljice u svojim godišnjim izvješćima i pojedinačnim predmetima kroz godine dala više preporuka radi poboljšanja sustava zdravstvenog osiguranja, ovom ćemo prilikom ponoviti i naše ranije preporuke. Uvodno skrećemo pozornost na obrazloženje Zakona koje ne objašnjava u dovoljnoj mjeri smisao i cilj pojedinih odredbi nego samo preporučava njihov sadržaj, a što nije u skladu s pravilima nomotehnike i Poslovnika Hrvatskog sabora koji u članku 175. propisuje da se kroz obrazloženje moraju pojasniti pojedine odredbe koje sadrži prijedlog zakona. Preporučavanjem sadržaja zakonskih odredbi, a bez dodatnog pojašnjenja intencije zakonodavca i smisla predložene norme onemogućava se informirani uvid u nova zakonska rješenja te otežava njihova buduća primjena. Stoga predlažemo doraditi obrazloženje na način da se njime doista i pojasne ponuđena zakonska rješenja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>7 Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske iznosi prijedloge vezane za Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, koji se nalazi u postupku savjetovanja s javnošću od 19. listopada do 8. studenog 2022. godine: Mišljenja smo da izmjene i dopune koje su predložene u Nacrtu prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: Nacrt prijedloga Zakona) neće postići financijske rezultate koji bi značajnije doprinijeli financijskoj stabilnosti zdravstvenog sustava. Smatramo da je financijska stabilnost temelj ostalih reformskih mjera te da je bez financijske održivosti teško govoriti o jednakosti zdravstvene zaštite za sve građane, kvaliteti, dostupnosti, izvrsnosti i sl. Smatramo da je Nacrt prijedloga Zakona nomotehnički izrazito zahtjevno pisan, kao i sam Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Stoga smo mišljenja da bi bilo oportuno izraditi novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, pisan na razumljiviji i pregledniji način, kako bi svim osobama bilo lakše razumjeti koja su njihova prava i obveze. Članci 35. i</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

36. Nacrta prijedloga Zakona Vežano za članak 35. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se mijenja članak 72. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, u kojemu se predlaže brisanje prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine te vežano za članak 36. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se u članku 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju dodaje stavak 3. prema kojemu iznimno od stavka 1. tog članka Republika Hrvatska osigurati će dodatna sredstva u državnom proračunu za pokriće prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, sukladno potrebama i u skladu s fiskalnim mogućnostima, mišljenja smo da nije dobro ovim Zakonom relativizirati obveze državnog proračuna prema zdravstvenom proračunu, s obzirom da iste čine bitnu sastavnicu financijske stabilnosti zdravstvenog sustava. Potrebno je da su obveze državnog proračuna prema zdravstvenom proračunu jasno definirane, i to putem zakona, kako bi bile jasne i godinama nakon donošenja zakona te kako bi se moglo pravovremeno planirati poslovanje. Također, potrebno je da su ove obveze utvrđene u dostatnom iznosu za stabilno funkcioniranje zdravstvenog sustava, kao i da se u potpunosti i na vrijeme redovito ispunjavaju. Broj osoba koje uplaćuju doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje znatno je manji od broja njegovih korisnika, stoga državni proračun treba adekvatno sudjelovati u osiguravanju sredstava za zdravstvenu zaštitu. Prihod od posebnog poreza na duhanske prerađevine trenutno čini znatnu stavku u zdravstvenom proračunu te smatramo da se predloženom izmjenom članka 72., kojom se briše ovaj prihod, u pitanje dovodi provedba reforme. Nastavno, predlažemo da se u članku 36. Nacrta prijedloga Zakona, kojim se u članku 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju dodaje gore navedeni stavak 3., izmijeni taj stavak tako da glasi: "(3) Republika Hrvatska osigurati će dodatna sredstva u državnom proračunu za pokriće prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, u iznosu od 3,3% godišnjeg državnog proračuna te ih svake godine uplatiti na račun Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.". Prijedlog dopune članka 87. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju Predlažemo u članku 87. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju dodati da cijene zdravstvenih usluga i maksimalne godišnje iznose sredstava za provođenje ugovorene bolničke zdravstvene zaštite jednom godišnje utvrđuju sporazumom Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i predstavnik ugovornih pružatelja zdravstvenih usluga, a o iznosima o kojima se ne postigne sporazum, arbitrira ministarstvo nadležno za zdravstvo. Smatramo da bi, radi dugoročne financijske održivosti zdravstvenog sustava, bilo dobro da se cijene zdravstvenih usluga utvrđuju na način da odgovaraju troškovima pružanja tih usluga, a limiti da se prilagode tako utvrđenim cijenama, putem sporazuma između predstavnika nacionalnog osiguravatelja i predstavnika ugovornih pružatelja zdravstvenih usluga, uz arbitriranje ministarstva nadležnog za zdravstvo o iznosima o kojima se ne postigne sporazum. Cijene zdravstvenih usluga i limiti utvrđivali bi se jednom godišnje i vrijedili za

naredno jednogodišnje razdoblje, kako bi se mogli prilagođavati kretanju troškova rada. Primjer – Slovenija. Prijedlog izmjene članka 19. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

Predlažemo izmjenu članka 19. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju na način da se u potpunosti delimitira najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji je obvezna snositi osigurana osoba po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu. Na ovaj način došlo bi do povećanja broja osoba osiguranih dopunskim zdravstvenim osiguranjem te pozitivnog financijskog učinka. Prijedlog izmjene članka 41. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

Predlažemo članak 41. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju izmijeniti tako da se rodiljne naknade, koje se financiraju iz sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, više ne financiraju iz sredstava tog Zavoda, nego iz drugih odgovarajućih izvora. Mišljenja smo kako bi se iz zdravstvenog proračuna odnosno proračuna Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje trebala financirati zdravstvena zaštita te troškovi koji se izravno odnose na pružanje zdravstvenih usluga pacijentima i korisnicima zdravstvene zaštite, a ne financirati nezdravstvene namjene. Prijedlog dopune članka 19. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

Predlažemo dopunu članka 19. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju na način da se utvrdi plaćanje određenog novčanog iznosa u slučaju korištenja usluga djelatnosti hitne medicine za zbrinjavanje nehitnih stanja, u iznosu od primjerice 30 kuna (0,90% proračunske osnovice, pri čemu proračunska osnovica iznosi 3.326 kuna). Na ovaj način svima bi, kao i do sada, bile pružene usluge djelatnosti hitne medicine, ali bi bio smanjen dolazak osoba koje nemaju hitna stanja, čime bi bio povećan kapacitet hitne medicine za hitna stanja. Ova mjera rezultirala bi i pozitivnim financijskim učinkom. Također, predlažemo da naknadu za korištenje usluga djelatnosti hitne medicine u slučajevima nehitnih stanja ne snose sve osjetljive i zaštićene skupine osoba koje već ostvaruju neko oslobođenje od plaćanja naknada za korištenje zdravstvene zaštite te oslobođenje od plaćanja dopunskog zdravstvenog osiguranja. Također, dostavljamo i prijedlog zdravstvene ustanove – članice Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske, Nacionalne memorijalne bolnice „Dr. Juraj Njavro, Vukovar:

Članak 17. Nacrta prijedloga Zakona Obveza zdravstvenih ustanova je pružiti hitnu medicinsku skrb svakom pacijentu. U situacijama kada pacijent nema zdravstveno osiguranje i mora platiti sam, prepušteno je bolnicama da naplate svoja potraživanja. Obzirom na velik broj neosiguranih osoba, pa čak i velik broj osoba bez državljanstva (primjerice osoba koja živi u RH 10 godina, a nema državljanstvo – na koji način naplatiti račun u iznosu 22.000,00 kn), smatramo potrebnim regulirati naknadu bolnicama za ovakve pružene usluge.

8 **Hrvatski liječnički sindikat**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZKOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

OČITOVANJE HRVATSKOG LIJEČNIČKOG
SINDIKATA NA PRIJEDLOG ZAKONA O
IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O
OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Članak 8. Članak 19. mijenja se i glasi: (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 pomagala i druge medicinske proizvode utvrđene listom 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 listom dentalnih pomagala Zavoda za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti – 40,09% proračunske osnovice, 8. dentalna pomagala utvrđena 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.

Predlažemo: U članku 19. st. 3. ili 4. dodati i obvezu sudjelovanja u troškovima i za zdravstvene usluge u OHBP-u za trijažne kategorije 3,4 i 5. Obrazloženje: Svjedoci smo zloupotrebe OHBP-a , u kojima je najmanje pacijenata u trijažnoj kategoriji 1 i 2 (njih oko 30%), zbog kojih OHBP zapravo postoji.

Nepotrebni dolascima ili zaobilaženjem liječnika u PZZ (oko 60% pacijenata u OHBP-ima) nepotrebno se opterećuju OHBP-i, što direktno dovodi do pada kvalitete u zbrinjavanju stvarno hitnih pacijenata i nepotrebno prekomjernog iscrpljivanja osoblja.

Članak 21. Članak 46. mijenja se i glasi: (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. Predlažemo: U članku 46. st. 8. iza riječi „Zakonu“ dodati: „ imaju pravo zatražiti zaključivanje privremene nesposobnosti osiguraniku od strane liječničkog povjerenstva Zavoda, koje je obvezno prije donošenja nalaza, mišljenja, ocjene i zaključivanja privremene nesposobnosti osiguraniku izvršiti pregled osiguranika“. Članak 29. Članak 54. mijenja se i

glasi: (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 osnove 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. Predlažemo: Brisanje članka 54. st. 5., jer je ovako formuliran st. 5 neprihvatljiv. Obrazloženje: 1. Osiguranik se kažnjava jer je bio izložen zaraznoj bolesti i izoliran da bi zaštitio zdravlje drugih 2. Pitanje profesionalne izloženosti zarazi (primjer covid-19 i medicinsko osoblje koje je svakodnevno bilo u kontaktu s covid-19) - profesionalnu izloženost zarazi i profesionalno oboljenje je teško dokazati u takvim situacijama i ostvariti 100% naknadu plaće, što bi bilo nužno osigurati profesionalno izloženima, jer su zbog posla koji obavljaju nalaze u posebno rizičnoj skupini Članak 30. 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 osnove uvećane za 28%, osim naknade plaće iz stavka 2. točaka 3., 4. i 8. ovoga članka.“. Predlažemo: Brisanje ili preformuliranje članka 55. st. 3., jer je ovako formuliran st. 3 neprihvatljiv. Obrazloženje: 1. Osiguranik se kažnjava jer je bio izložen zaraznoj bolesti i izoliran da bi zaštitio zdravlje drugih 2. Pitanje profesionalne izloženosti zarazi (primjer covid-19 i medicinsko osoblje koje je svakodnevno bilo u kontaktu s covid-19) - profesionalnu izloženost zarazi i profesionalno oboljenje je teško dokazati u takvim situacijama i ostvariti 100% naknadu plaće, što bi bilo nužno osigurati profesionalno izloženima, jer su zbog posla koji obavljaju nalaze u posebno rizičnoj skupini 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. Predlažemo: Nužno je osigurati potreban broj primjereno plaćenih radnika i opreme unutar javnog

zdravstvenog sustava, a ne ugovarati pružanje usluga s privatnim zdravstvenim radnicima! Članak 52. Članci 149. do 153. mijenjaju se i glase: Članak 152. (4) Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 EUR do 2.650,00 EUR 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. istog članka Zakona (članak 52. stavak 4.). (5) Novčanom kaznom u iznosu od 660,00 EUR do 1.990,00 EUR 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.). Predlažemo: u članku 152. neprihvatljive su odredbe o kažnjavanju liječnika na bilo kojoj razini, jer u realnoj situaciji najčešće ugovorni liječnik ne može utjecati na ponašanje pojedinaca osiguranika, a bolnički specijalisti nisu jedini koji odlučuju kada i kako će odlučiti povjerenstvo za lijekove. Prava mjera je stimulacija korektnog rada uz uvid u stvarnost, a ne kažnjavanje! Članak 153. Novčanom kaznom u iznosu od 1.060,00 EUR do 1.990,00 EUR 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.)
Predlažemo: u članku 153. dodati točku kojom se sankcionira neodazivanje na naručenu pretragu ili bilo koju drugu zdravstvenu uslugu bez opravdane i pravovremene isprike za neodazivanje na naručeni zahvat.

9 **Inovativna farmaceutska inicijativa
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

Zdravstveni sustav je jedan od stupova društva i važan segment društvenog interesa s izravnim utjecajem na gospodarstvo i blagostanje nacije. Razvoj znanosti i tehnologije, posebice u posljednjih 20 godina, rezultirao je novim terapijskim opcijama koje su promijenile tijekove mnogih bolesti i učinile ih izlječivima ili pacijentima podnošljivima. Hrvatska bi trebala koristiti civilizacijske dosege razvijenog svijeta. Primjer zdravstva kojem težimo nam mogu biti razvijene zemlje zapadne Europe i ka takvim sustavima trebamo zdravstvo usmjeravati. Naime, Hrvatska za zdravstvo izdvaja 6,9 posto BDP-a, dok je u razvijenim EU zemljama taj postotak 10 ili više. Također, četiri godine zaostajemo za EU prosjekom u očekivanom trajanju života te bi nam s ovim stopama izdvajanja za zdravstvo trebalo 15 godina da dosegne EU prosjek od 82 godine. Reforma zdravstva ne smije se bazirati na uštedama nego na viziji i mora biti temeljena na cjelovitoj reorganizaciji zdravstvenog sustava prema zdravstvu u kojem se prate ishodi liječenja kao osnovno mjerilo vrijednosti svih procesa jer je za svakog pacijenta najvažniji ishod liječenja. Zdravstveni sustav 2030. godine mora biti moderan i dostupan, funkcionalan i održiv, orijentiran na bolesnike i ishode liječenja. Hrvatski građani u usporedbi s ostalim građanima Europske unije značajno kasnije dobivaju inovativne lijekove uvrštenjem na Liste lijekova. Naime, nakon centralnog odobrenja, lijekovi postaju dostupni u Hrvatskoj nakon prosječno 479 dana. Od 160 odobrenih inovativnih lijekova, EU zemlje prosječno imaju dostupno na listama 74 lijeka, dok Hrvatska ima samo 35 po čemu je četvrta najgora EU članica. Sadašnji sistem financiranja zdravstva iz plaća zaposlenih ne zadovoljava potrebe sustava i stoga treba naći nove modele financiranja iz poreznih prihoda. Također nam je potrebna akreditacija bolnica kako bi svaka bolnica bila certificirana za usluge koje pruža. Svi parcijalni zahvati koji ne vode ka sustavnom rješenju postojećih izazova, predstavljaju opasnost za pogoršanje ionako uzdrmanog zdravstvenog sustava. Moderna medicina počiva na inovacijama, a važan segment inovacija su lijekovi. Od iznimne je važnosti osigurati hrvatskim građanima i liječnicima ranu dostupnost novih tehnologija i povećati konkurentnost Hrvatske u privlačenju kliničkih ispitivanja. Ovo je generacijska prilika da reformiramo zdravstvo u sustav u kakvom se želimo liječiti mi, ali i naša djeca, koristeći najnovija civilizacijska dostignuća znanosti i tehnologije. Zdravstvo kao rijetko koja tema dotiče i ostavlja dubinski trag na sve građane u društvu i zaista zaslužuje poseban tretman.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

10	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU DODATNI KOMENTARI I PRIMJEDBE HLK NA ODREDBE ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU KOJI NISU PREDMETOM UREĐIVANJA NACRTA PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Čl. 65. HLK se protivi dugogodišnjem prebacivanju administrativnih poslova vezanih uz ostvarivanje prava na naknadu troškova prijevoza osigurane osobe s HZZO-a i njegovih mnogobrojnih ureda na izabrane doktore primarne zdravstvene zaštite te tražimo da se u čl. 65. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju briše sudjelovanje izabranih liječnika u tim poslovima. Ne vidimo nikakve stručne niti druge osnove da izabrani liječnici dragocjeno vrijeme namijenjeno skrbi o pacijentima koriste za popunjavanje tiskanica putnih naloga, izradu prijedloga za korištenje skupljeg javnog prijevoznog sredstva i provjeru službenih daljinomjera javnih prijevoznika. Čl. 87. – 94. HLK je iznenađena što materiji ugovaranja zdravstvene zaštite, koja je i u važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju regulirana nedostatno u svega sedam članaka, u predloženim zakonskim izmjenama i dopunama nije posvećena znatno veća pažnja te je predložena dopuna samo s jednim dodatnim člankom. Primjerice, odredba čl. 87. ostala je neizmijenjena iako „utvrđeni standardi i normativi zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja“ od 2014. više ne postoji kao zasebni opći akt HZZO-a koji se donosi za svaku godinu te termin „standardi i normativi“ 2023. upućuje na sasvim drugi podzakonski propis. Slična je situacija i s člankom u 90. koji od 2013., između ostalog, uređuje se da se ugovaranje provodi u skladu s pravilnikom ministra zdravstva o određivanju medicinski opravdanog roka u kojem se mora pružiti potrebna zdravstvena zaštita, a koji do današnjeg dana, devet godina nakon proteka propisanog roka za donošenja, nije donesen. Za očekivati bi bilo da se u glavi zakona koja uređuje ugovaranje zdravstvene zaštite spominje da se ono provodi uvažavajući obvezujuće vremenske i kadrovske normative za provođenje pojedinih postupaka, propisanim Planom i programom mjera zdravstvene zaštite, koji se donosi temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti. HLK se zalaže da temeljitu reformu sustava ugovaranja te formiranje neovisnog tijela (agencije) koja će određivati cijene zdravstvenih usluga (DTS, DTP, BO dan), u kojem bi sudjelovali predstavnici osiguratelja, pružatelja usluga (javne ustanove, privatne ugovorne ordinacije), HLK i druge komore u zdravstvu te regulatora (Ministarstvo zdravstva). Važan element promjene sustava ugovaranja zdravstvene zaštite trebao bi biti novi model ugovaranja i plaćanja bolničkih ustanova, uz plaćanje prema učinku s primjerenim rokom sustavne prilagodbe (6-8 godina) te postupnog prebacivanje s povijesnih limita na plaćanje po izvršenju/ishodima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	---

11	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Ovaj Prijedlog jasno daje do znanja da ne postoji jasna želja upravljanjem financiranja u zdravstvu, da je penalizacija LOM-ova radi bolovanja prioritarna politika kontrole sustava te da ne postoji nikakva volja za poboljšanjem efikasnost javnih zdravstvenih ustanova, već da će privatni sektor preuzeti skrb. Potpuna predaja usluga iz javnog sektora bez ikakvih napora za očuvanjem i poboljšanjem postojećih. Prijedlog jasno otvara vrata privatizaciji našeg zdravstva, bez da Predlagatelj razumije na koji način to dugoročno dovodi do nejednakosti, smanjenja usluge i povećanju troškova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
12	<p>Mirjana Livojevic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU U dijelu o ustrojstvu i djelokrugu HZZO-a predlažem da se isti ne stavlja IZNAD Zakona već da se djelovanje HZZO-a učini transparentnim, u smislu javno dostupnog broja i strukture zaposlenih (kao središnjice tako i regionalnih ustrojstvenih jedinica) te poslova koji HZZO i regionalne ustrojstvene jedinice obavljaju kao i prihod koji ostvaruju. Nije jasno kako bi se ustrojavanjem područnih ustojstvenih jedinica i davanjem veće ovlasti istima omogućila bolja dostupnost usluge zdravstvenog osiguranja, jer davanjem većih ovlasti HZZO ne znači povećanje broja liječnika koji će odraditi posao na terenu, već upravo suprotno, povećanje kontrolora, administratora i ostalih parazita na državnoj sisi koji će samo dodatno oslabiti već iscrpljeni zdravstveni sustav.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
13	<p>Zrinka Huđek-Leskovar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

14	<p>Zrinka Huđek-Leskovar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
15	<p>Meri Margreiter NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU 4. Komentar na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlažem da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlažem obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. Predlažem da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. Predlažem da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. 2. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlažem propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

<p>što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke . • Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu predlažem izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu.</p>	
<p>16 Zrinka Huđek-Leskovar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 21. Kratkotrajna bolovanja do 5 dana mogu biti predmet dogovora između poslodavca i osiguranika. Svaki dio PZZa može voditi svoja bolovanja, CEZIH sve povezuje, nema prepreke da pedijatar da doznaku roditelju za njegu djeteta ili stomatolog za svoje pacijente. Bolovanja duža od 30 dana se trebaju vratiti u ingerenciju HZZoa, ima dovoljno educiranih kolega kontrolora koji bi na taj način štitili HZZO, pomogli liječnicima u primarnoj zdr zaštiti i zasigurno pozitivno djelovali na skraćanje lista čekanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>17 Zrinka Huđek-Leskovar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Čl 153 neprihvatljiv u dijelu koji se odnosi na kažnjavanje pacijenta koji je na bolovanju, a kontrolor bolovanja , u jednom posjetu, odluči da se pacijent ne pridržava uputa o liječenju (na temelju čega?). I do sada je Zavod mogao uskratiti nadoknadu plaće tijekom bolovanja osobi koja se ne pridržava uputa o liječenju i nema potrebe za dodatnim kaznama. Osim tko može građanima RH uskratiti slobodu kretanja, pod prijetnjom novčane kazne, bili oni na bolovanju ili ne?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

<p>18 Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Zakonom o zdravstvenom osiguranju uređuje se, između ostalog, opseg prava na zdravstvenu zaštitu i druga prava i obveze osoba obvezno osiguranih, stoga smo mišljenja kako bi sam Zakon trebao biti prohodniji i jasniji kako bi svim osiguranicima bilo jasno koja su njihova prava i obveze iz zdravstvenog osiguranja. Mnogi osiguranici ne ostvaruju svoja prava jer nisu upoznati s istima, odnosno prepušteni su na dobru volju liječnika hoće li im reći koja prava imaju i na koji način ih mogu ostvariti. Potrebno je pronaći način na koji bi svi osiguranici na jednaki način dobili sve informacije o svojim pravima i obvezama iz zdravstvenog osiguranja. Ovdje napominjemo kako, sukladno članku 17. stavku 3. Jedinstveno metodološko-nomotehničkih pravila za izradu akata koje donosi Hrvatski sabor, nije dopušteno utvrditi ovlaštenje prema kojemu bi se nižim, podzakonskim aktom propisivali uvjeti pod kojima se ostvaruju prava ili izvršavaju obveze ili uvjeti za obavljanje određene djelatnosti jer to može biti samo sadržaj zakona (članci 11., 12., 16.). U tom smislu, potrebno je uvjete za ostvarivanja prava propisanih Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, odrediti samim Zakonom, a ne pravilnicima ili aktima Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
--	---

<p>19 Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Prijedlog koji se odnosi na kažnjavanje izabranih liječnika, bilo zaposlenika doma zdravlja, bilo privatnih ugovornih liječnika, u čl 152 je skandalozan! Kažnjavanje liječnika radi bolovanja koja su pitijski prebačena na leđa i punu odgovornost upravo obiteljskih liječnika (i pzz ginekologa) pod parolom "najbolje poznaju svoje pacijente i lako ih je kontrolirati"(liječnike) dovesti će do dodatnog osipanja liječničkog kadra. U Zakonu već postoji mehanizam "naknade štete", čemu ovo dodatno kažnjavanje u iznosima većim od mjesečne plaće liječnika? Što je ovo? Parapravosudni postupak? Nema mogućnosti žalbe, više komisije? Ovo mi izgleda kao kadija te tuži kadija te sudi. Da rezimiram: bolovanje otvara, vodi i zatvara izabrani liječnik temeljem svojih kompetencija, prvenstveno temeljem poznavanja pacijenta, njegove bolesti, psihosocijalnih okolnosti, radnog mjesta, obitelji; izabrani liječnik je osoba od posebnog povjerenja pacijentu, a za uspješno liječenje nužan je dobar i povjerljiv odnos sa pacijentom. Potom nastupa pojedinačni ovlašteni doktor HZZO (tzv kontrolor) i u jednokratnom posjetu odlučuje da bolovanje nije otvoreno opravdano ili da predugo traje i potom izdaje rješenje da liječnik nadoknadi štetu HZZO (isplaćene plaće) + kaznu do 2660eura. Međutim, kontrolor može odlučiti (temeljem čega?) i da je liječnik zatvorio bolovanje u strahu od kazne iz stavka 2 i opet izreći istu kaznu. Tko može tako raditi i biti pravno i financijski siguran u ovakvim okolnostima? Liječnik se dovodi u nemoguću situaciju pravne i financijske nesigurnosti. Liječnik gubi svaku profesionalnu autonomiju. Dovodi se u pitanje gdje će biti fokus liječnikove pažnje, na svojoj vlastitoj nesigurnosti ili na pacijentu. Pacijent i liječnik umjesto partnera u liječenju postaju suprotstavljene strane. Zavod ističe da je Partner liječnicima. Na ovakav način - nije. Nije partner nego represivni aparat. Pustite nas da budemo liječnici, a kontrole bolovanja koje su nužne i neprijeporne preuzmite u obliku Liječničkih povjerenstava Zavoda koja su savršeno funkcionirala u nedavnoj prošlosti. Uključite specijaliste medicine rada u rad liječničkih povjerenstava i omogućite im izradu plana povratka na posao. Ne dozvolite da se obiteljska medicina raspadne do kraja i da naše ordinacije postanu mjesta neminovnih konflikata i agresije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
---	---

20	<p>Mirela Marković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
21	<p>Mirela Marković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
22	<p>Mirela Marković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 21. Kratkotrajna bolovanja do 5 dana mogu biti predmet dogovora između poslodavca i osiguranika. Svaki dio PZZa može voditi svoja bolovanja, CEZIH povezuje sve osiguranike tako da nema prepreke da pedijatar da doznaku roditelju za njegu djeteta. Bolovanja duža od 30 dana se trebaju dati nazad HZZOu pošto HZZO zapošljava vojsku doktora medicine koji dolaze u ambulante u kontrolu krive dijagnoze na izdanoj kutiji brufen. Možda bi im ovo mogao biti suvislil i korisniji posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

23	<p>Ivana Maltašić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Osvrnula bih se na izjave ministra Beroša da u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebaju godinu dana raditi LOŠI studenti, a DOBRI odmah mogu na specijalizaciju bez godine dana rad u obiteljskoj. Zna li ministar koliko je obiteljska medicina sveobuhvatna i zna li kakav je plan i program specijalizacije iz OM? Zna li da studenti ne žele raditi OM jer je PRETEŠKO, jer je dnevni protoko posjeta i pacijenata PREVELIK, jer imamo PREMALO vremena posvetiti se svakom čovjeku koji nas posjeti, da smo PRESLABO opremljeni (neki nemaju ni liječničku torbu, a da ne govorimo o "sophisticiranim" aparatima kao što je EKG!!), da nas PREMALO ima, da imamo PREVIŠE administracije i stalno nam se trpa nova. A da ne govorimo o kaznama koje ste smislili u novom prijedlogu zakona. I sad bi OM trebala biti "kažnjenička" kolonija u kojoj će se svake godine izmjenjivati LOŠIJI studenti (po čemu određujete tko je bolji ili lošiji- ocjene nisu mjerilo uopće). Svojim izjavama je debelo popljuvao najbrojniju granu obiteljske medicine, a s tim i svog liječnika obiteljske medicine koji možda već desetljećima skrbi za njega i njegovu obitelj. Sramotno i ponižavajuće!!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	--	---

24	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Članak 2. Nije jasno zašto HZZO ima kategorije osiguranika, ako svaki građanin ima pravo na obavezno zdr. Osiguranje. Promjena radnog statusa građanima čini birokratsku zavrslamu i našetavanje po šalterima. Čemu to? Ukinite kategorije i ostavite samo jednu: Osiguranik. Sama veličina ovog članka bi trebala biti indikator koliko je besmislen.</p> <p>Učenici/studenti završe školu, onda se šalje obavijest da se to mora promijeniti, pa ako to ne narpave nastanu problemi. Čemu to sve? HZZO ima sve naše podatke, a ako smo zaposleni, poslodavac uplaćuje novac za osiguranej, dakle komplicirate bezveze. Članak 21. Kratkotrajna bolovanja do 5 dana mogu biti predmet dogovora između poslodavca i osiguranika. Svaki dio PZZa može voditi svoja bolovanja, CEZIH povezuje sve osiguranike tako da nema prepreke da pedijatar da doznaku roditelju za njegu djeteta. Bolovanja duža od 30 dana se trebaju dati nazad HZZOu pošto HZZO zapošljava vojsku doktora medicine koji dolaze u ambulante u kontrolu krive dijagnoze na izdanoj kutiji brufen. Možda bi im ovo mogao biti suvislili i korisniji posao. Članak 152. (4) je nastavak dugogodišnjeg mobbinga HZZOa prema obiteljskoj medicini. Zašto se u zakon guraju odredbe o kažnjavanju liječnika i pacijenata ako neka osoba iz zavoda proizvoljno zaključi da nešto sa bolovanjem ne valja. Zaposleniku Zavoda je u interesu da što više novca zadrži u kasi HZZOa. Ovo je očit sukob interesa u kojem se jednom Zavodu koji drži potpuni monopol nad zdravstvenim osiguranjem daje za pravo da radi što hoće. Regulacijom bolovanja neka se bavi HZZO. Bolovanje nema veze sa medicinom nego sa birokracijom i liječnici se ne bi trebali baviti time, već bi trebali liječiti pacijente. Novčanom kaznom bi se trebalo kažnjavati i zaposlenike HZZO-a kada nenamjenski troše novac za zdr. Osiguranje. Proračun HZZOa za troškove rada njihovih zaposlenika bi trebalo izdvojiti od proračuna za zdravstvenu zaštitu kako bi se lakše kontrolirala potrošnja i malverzacije sa javnim novcem (nabavka skupih automobila na teret poreznik obveznika ...)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	---

25	<p>Marina Lemaic NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Novčane kazne u cijelosti su neprihvatljive. One su već definirane ugovornim odnosima liječnika i HZZOa, a trebale bi biti definirane i kroz košaricu usluga. Recite svojim osiguranicima, kao što to čine i sve druge osiguravajuće kuće, što točno pokriva njihovo zdravstveno osiguranje, što su im prava, a što obaveze, pa će iz toga proizlaziti i sankcije. Trebalo bi vratiti kontrole od strane Liječničkog povjerenstva Zavoda , barem za slučajeve kada privremena radna Ako Smatram da bi trebalo obvezno ako privremena radna nesposobnost traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze.-trebalo bi uključiti kontrole Liječničkog povjerenstva Zavoda, a ne čekati godinu dana do >Vještačenja ili raditi blic kontrole. Također bi trebalo prepustiti pedijatrija da vode i odgovaraju o privremenoj nesposobnosti roditelja djeteta, kao što je učinjeno za ginekološka bolovanja. Apsolutno su nerihvatljive kazne za liječnike opće medicine, i to u takvim nebuloznim ciframa, a plaćanje liječnika u obiteljskoj je na najnižoj razini. Ako želite ukinuti opću/obiteljsk medicinu onda to i učinite.,na ovaj način ona zamire, nitko više ne želi raditi u općoj / obiteljskoj medicini, i svatko pametan bježi iz nje,ako ikako može- Tovarite nam obveze, a prava nemamo nikakvih i još nas kažnjavate Probajte takav odnos prenijeti na bolnicu i njene djelatnike, pa ćemo vidjeti da li će pobjeći Ovo nisu prijedlozi reforme, ovo je atak na primarnu medicinu, koju jedinu reformirate na sve gore i teže načine . Također smatram da je potrebno izbaciti obvezu propisivanja putnog naloga za pacijente od strane obiteljskog liječnika, budući da to pravo može ostvariiti direktno od Zavoda temeljemizdane uputnice i nalaz bolničkog specijaliste, koji ionako provjeravaju da li osiguranik ima pravo na naknadu troškova prijevoza.Naime liječnik obiteljske ne može znati koja ustanova ima sklopljen Ugovor sa Zavodom, također ne znamo udaljenosti i kilometraže (to se ne uči na mediicnskom fakultetu i nije dio liječenja). Između ostalog, doskriminirajuće je da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni proslijediti Zavodu (dakle opet smo uslužna djelatnost druge ustanove)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
26	<p>Andrijana Žderić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Kao najskuplji prijevoz na preglede je avio prijevoz. Građani najjužnije županije prinuđeni su plaćati skuplje cijene avionskih karata nego im refundira HZZO. HZZO ima tarifu najjeftinijeg prijevoza kojeg je nemoguće kupiti jer se najčešće radi o ljudima koji zbog hitnog stanja moraju biti liječeni u Zagrebu. Tada su prinuđeni kupiti i poslovnu (business) kartu poglavito u sezoni jer svi znamo da je Dubrovnik avio destinacija. Smatramo da ovo treba vratiti na prijašnje stanje - tj. na stanje od prije 2014g GI "Pomozimo djeci s invaliditetom"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

<p>27</p>	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 2. Nije jasno zašto HZZO ima kategorije osiguranika, ako svaki građanin ima pravo na obavezno zdr. Osiguranje. Promjena radnog statusa građanima čini birokratsku zavrslamu i našetavanje po šalterima. Čemu to? Ukinite kategorije i ostavite samo jednu: Osiguranik. Sama veličina ovog članka bi trebala biti indikator koliko je besmislen. Učenici/studenti završe školu, onda se šalje obavijest da se to mora promijeniti, pa ako to ne narpave nastanu problemi. Čemu to sve? HZZO ima sve naše podatke, a ako smo zaposleni, poslodavac uplaćuje novac za osiguranej, dakle komplicirate bezveze. Članak 21. Kratkotrajna bolovanja do 5 dana mogu biti predmet dogovora između poslodavca i osiguranika. Svaki dio PZZa može voditi svoja bolovanja, CEZIH povezuje sve osiguranike tako da nema prepreke da pedijatar da doznaku roditelju za njegu djeteta. Bolovanja duža od 30 dana se trebaju dati nazad HZZOu pošto HZZO zapošljava vojsku doktora medicine koji dolaze u ambulante u kontrolu krive dijagnoze na izdanoj kutiji brufen. Možda bi im ovo mogao biti suvislili i korisniji posao. Članak 152. (4) je nastavak dugogodišnjeg mobbinga HZZOa prema obiteljskoj medicini. Zašto se u zakon guraju odredbe o kažnjavanju liječnika i pacijenata ako neka osoba iz zavoda proizvoljno zaključi da nešto sa bolovanjem ne valja. Zaposleniku Zavoda je u interesu da što više novca zadrži u kasi HZZOa. Ovo je očit sukob interesa u kojem se jednom Zavodu koji drži potpuni monopol nad zdravstvenim osiguranjem daje za pravo da radi što hoće. Regulacijom bolovanja neka se bavi HZZO. Bolovanje nema veze sa medicinom nego sa birokracijom i liječnici se ne bi trebali baviti time, već bi trebali liječiti pacijente. Novčanom kaznom bi se trebalo kažnjavati i zaposlenike HZZO-a kada nenamjenski troše novac za zdr. Osiguranje. Proračun HZZOa za troškove rada njihovih zaposlenika bi trebalo izdvojiti od proračuna za zdravstvenu zaštitu kako bi se lakše kontrolirala potrošnja i malverzacije sa javnim novcem (nabavka skupih automobila na teret poreznik obveznika ...)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>28</p>	<p>Pravobranitelj/ica za ravnopravnost spolova NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, Višnja Ljubičić, dipl. iur. (dalje u tekstu: Pravobraniteljica) sukladno odredbi članka 22. stavak 1. Zakona o ravnopravnosti spolova („Narodne novine“ broj 82/08, 69/17; dalje u tekstu: Zakon) prati provedbu Zakona i drugih propisa koji se tiču ravnopravnosti spolova. Slijedom opisane nadležnosti, Pravobraniteljica je razmotrila Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: Nacrt Zakona) te u nastavku dostavlja svoje mišljenje na isti. Naime, u članku 2. Nacrta Zakona propisano je kako se mijenja članak 7. postojećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. U navedenom</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

članku 7. stavku 1. točki 13., propisan je rok od 30 dana za određene kategorije osoba koje se moraju prijaviti na Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: HZZO) kako bi mogle biti zdravstveno osigurane. U navedenoj kategoriji su tako primjerice osobe kojima prestane radni odnos, osobe koje prestanu primati naknadu plaće, 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, supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu itd. S obzirom na podatke Pravobraniteljice o položaju žena na tržištu rada odnosno činjenicu da su žene izloženije nestabilnom zaposlenju, a posebno trudnice i majke, u ovoj kategoriji, posebno kategoriji „osoba kojima prestane radni odnos“ i „osoba koje prestanu primati naknadu plaće“ lako se mogu naći majke odnosno trudnice koje su i inače izložene diskriminaciji temeljem svog statusa odnosno stanja. Upravo iz tog razloga, Pravobraniteljica smatra da rok od 30 dana za prijavu na HZZO treba produžiti. Naime, građani/građanke općenito, kao neuke stranke odnosno laici koji nisu (niti po prirodi stvari moraju biti) upućeni u rokove prijave, ne znaju sa sigurnošću kada se točno i na koji način moraju prijaviti na HZZO, a uzrok tome je nepravovremeno informiranje. Nastavno na navedeno, Pravobraniteljica smatra da bi u tom slučaju HZZO, kao javna ustanova koja provodi obvezno zdravstveno osiguranje, trebao uspostaviti sustav preko kojega bi, na razini Republike Hrvatske, putem sustava e-građani odnosno na drugi odgovarajući način, obavijestio osobe za koje utvrdi da im je isteklo zdravstveno osiguranje po trenutnoj osnovi te ih upozoriti na njihova prava, obveze i posljedice neispunjavanja obveza odnosno rok u kojem se moraju prijaviti na obvezno zdravstveno osiguranje te svakako trenutni rok od 30 dana produžiti. Pravobraniteljica ukazuje i na članak 8. Nacrta Zakona kojim se mijenja članak 19. postojećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, a kojim se regulira plaćanje zdravstvenih usluga. Naime, Pravobraniteljica smatra kako bi, sukladno članku 19. stavak 2., HZZO trebao u cijelosti osiguravati plaćanje zdravstvene usluge za prekid trudnoće. Naime, cijena prekida trudnoće je trenutno velika prepreka ženama u smislu dostupnosti te zdravstvene usluge u Republici Hrvatskoj. Takav trend nije u skladu s preporukom Odbora za ukidanje diskriminacije žena UN-a, koja se kreće u smjeru općeg nenaplaćivanja prekida trudnoće. Naime, Odbor je u Zaključnim primjedbama (2015.) na objedinjeno 4. i 5. izvješće Republike Hrvatske o provedbi Konvencije o uklanjanju svih oblika diskriminacije žena u svrhu osiguranja pristupa sigurnom prekidu trudnoće i kontracepcijskim sredstvima pozvao Hrvatsku da osigura opće pokrivanje troškova legalno induciranog prekida trudnoće i suvremene kontracepcije iz sredstava HZZO-a. U slučaju objektivne procjene da takva mogućnost u ovom trenutku nije ostvariva u nacionalnom zdravstvenom sustavu,

Pravobraniteljica preporučuje da se nepristupačnost cijene prekida trudnoće barem djelomično ublaži uvođenjem pravila socijalnog/dohodovnog cenzusa, prema kojem bi posebno ranjivim skupinama žena s nedovoljnim financijskim mogućnostima troškove prekida trudnoće (djelomično ili u potpunosti) pokrivalo zdravstveno osiguranje. Na taj način bi se olakšala dostupnost te zdravstvene usluge ženama iz najugroženijih socijalnih slojeva i depriviranih sredina. Nadalje, Pravobraniteljica ukazuje i na problematiku vezanu za položaj transrodnih osoba pri čemu se ističe problem različitog tretmana ovih osoba po pitanju prava na dostupnost zdravstvenih usluga. Naime, Pravobraniteljica se u više navrata, postupajući po pritužbama građana/građanki, obraćala Ministarstvu zdravstva, HZZO-u i Nacionalnom zdravstvenom vijeću s upitima vezano uz rješavanje navedene problematike u smislu standardizacije postupanja i izrade hodograma, a kako bi se izbjeglo različito tretiranje transrodnih osoba u istim ili sličnim situacijama, odnosno diskriminacija temeljem rodnog identiteta u području pružanja zdravstvenih usluga upravo iz razloga što ne postoji unaprijed propisan hodogram i troškovnik koji bi na jasan, transparentan i nedvojben način propisivao koji trošak u postupku spolne tranzicije osiguranicima osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja snosi država, a koji sami osiguranici. Ministarstvo je pisanim putem obavijestilo Pravobraniteljicu kako problem u osnovi ne bi trebao postojati, jer je, kako su naveli u svom dopisu, na liječniku specijalisti da na temelju utvrđene medicinske dokumentacije, odnosno opravdanosti medicinskog zahvata, izda odobrenje za provođenje dijagnostičko-terapijskog postupka na teret obveznog zdravstvenog osiguranja, sugerirajući svojim odgovorom da na odluku liječnika specijaliste, niti Ministarstvo niti HZZO nemaju mogućnost nikakvog utjecaja. Iz navedenoga proizlazi da se radi o diskrecijskoj ocjeni liječnika specijalista uslijed čega očito dolazi do neujednačene prakse te unošenja pravne nesigurnosti među ovim osobama. Iako su osobe pogođene ovim problemom mahom postupale prema uputi Ministarstva te na temelju odobrenja liječnika specijalista o opravdanosti medicinskog zahvata, pokušavale ostvariti zdravstvenu uslugu, Pravobraniteljica je kroz svoj rad svjedočila odbijanju određenih KBC-a da obave takve zahvate na teret obveznog zdravstvenog osiguranja, smatrajući da prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju navedeni zahvati po svojoj vrsti nisu pravo iz zdravstvenog osiguranja čije troškove snosi HZZO. Neki KBC-i su u takvim slučajevima zahtijevali od pacijenata ili da sami snose troškove zahvata ili da od Ministarstva zdravstva ishoduju dodatnu potvrdu o oslobođenju od plaćanja troškova i to bez obzira na priloženu medicinsku dokumentaciju i odobrenje liječnika specijalista. Pravobraniteljica smatra važnim ukazati na to da je biti transpolna, transrodna ili rodno nenormativna osoba stvar ljudske raznolikosti i različitosti, a ne patologije. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) objavila je novu verziju Međunarodne klasifikacije bolesti u kojoj su sve kategorije vezane za trans osobe premješteno iz poglavlja o mentalnim poremećajima u ono o

seksualnom zdravlju. To predstavlja veliki korak prema destigmatizaciji trans osoba i njihovoj društvenoj uključenosti. Svjetska strukovna organizacija za zdravlje transrodnih osoba (engl. The World Professional Association for Transgender Health – WPATH) izdala je priopćenje u kojem se zalaže za depatologizaciju rodne nenormativnosti na svjetskoj razini (Upravni odbor WPATH-a, 2010). U priopćenju se navodi da je "izražavanje rodni karakteristika, uključujući i rodni identitet, koje nisu stereotipno povezane sa spolom pripisanom osobi pri rođenju, uobičajen i kulturno raznolik ljudski fenomen kojeg ne bi trebalo smatrati inherentno patološkim ili negativnim". S tim u vezi, Pravobraniteljica već godinama naglašava kako sam postupak tranzicije iz jednog spola u drugi nije zadovoljavajuće riješen odgovarajućim učinkovitim postupcima nadležnih tijela u Republici Hrvatskoj s čime se ove osobe izlaže velikom riziku od diskriminacije. Kako je istaknuto, ključni, a još neriješeni problem je to što HZZO, Ministarstvo zdravstva i pojedini klinički bolnički centri i dalje nemaju zajedničko stajalište vezano uz zdravstveno osiguranje i dostupnost pojedinih medicinskih usluga, tretmana/zahvata (uključujući terapijski tretman i eventualne kirurške zahvate) transrodnih osoba. Nastavno na navedeno, Pravobraniteljica smatra kako tretman u kojem su osobe u istom statusu različito tretirane u odnosu na prava koja se temelje na njihovom rodnom identitetu, nesporno predstavlja diskriminaciju temeljem rodnog identiteta te krši odredbe članka 1. stavka 1. Zakona o suzbijanju diskriminacije, te članka 6. stavka 1. i članka 7. stavka 1. Zakona o ravnopravnosti spolova. S tim u vezi, Pravobraniteljica predlaže da se izradi hodogram i troškovnik koji bi na jasan, transparentan i nedvojen način propisivao koji trošak u postupku spolne tranzicije osiguranicima osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja snosi država, a koji sami osiguranici. Nadalje, razmatrajući članak 29. Nacrta Zakona, Pravobraniteljica ističe i problem tumačenja pojma plaće. Naime, u članku 29. Nacrta Zakona kojim se mijenja članak 54. postojećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, u članku 54. stavak 2. propisano je: „plaća na osnovi koje se utvrđuje osnovica za naknadu plaće, u smislu ovog Zakona, je redovita mjesečna plaća osiguranika te naknada plaće isplaćena za vrijeme odsutnosti s rada (godišnji odmor, plaćeni dopust, privremena nesposobnost) koja se isplaćuje na teret pravne ili fizičke osobe kod koje je osiguranik zaposlen." Pravobraniteljica smatra kako bi bilo svrhovito i naknadu plaće temeljem korištenja prava na roditeljni i roditeljski dopust tumačiti kao „plaću“. Naime, Pravobraniteljica se zalaže za to da se roditeljni i roditeljska naknada također tumače pod pojmom plaće u smislu članka 54. stavka 2., posebno u slučaju kada primjerice majke tijekom korištenja prava na roditeljni ili roditeljski dopust ostanu ponovno trudne te rode drugo dijete za koje počnu koristiti roditeljni pa onda roditeljski dopust, a uslijed čega im u zadnjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio osigurani slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu (dakle, roditeljni dopust za drugo dijete) nije bila niti je mogla biti isplaćena niti jedna

plaća od strane poslodavca. S tim u vezi, Pravobraniteljica predlaže da se članak 54. stavak 2. formulira tako da se briše dio „koja se isplaćuje na teret pravne ili fizičke osobe kod koje je osiguranik zaposlen.“, a da se nakon „privremena nesposobnost“ stavi zarez i doda „te roditeljne i roditeljske naknade sukladno zakonu kojim se uređuju roditeljne i roditeljske potpore.“ Naime, na taj način bi se uklonio dio koji uvjetuje da se plaćom smatraju samo one naknade plaće koje isplaćuje poslodavac, a umetnuo bi se dio kojim se plaćom smatraju naknade plaće iz sustava roditeljnih i roditeljskih potpora. Također, Pravobraniteljica koristi ovu priliku kako bi ukazala na visinu iznosa naknade plaće koju dobivaju trudnice za vrijeme privremene nesposobnosti za rad zbog bolesti i komplikacija u vezi s trudnoćom i porodom (dalje u tekstu: bolovanje zbog komplikacija), a sukladno članku 30. Nacrta Zakona kojim se mijenja članak 55. stavak 3. postojećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Naime, u članku 55. stavak 3. propisano je: „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. ovog članka utvrđuje Zavod, s time da najviši mjesečni iznos naknade plaće, obračunate prema odredbama ovog 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.“ Naime, prema gore navedenoj odredbi, u pojam „visine naknade plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda“ ulazi i naknada plaće za bolovanje zbog komplikacija. Naime, članak 55. stavak 2. točka 2. određuje kako naknada plaće za vrijeme bolovanja zbog komplikacija iznosi 100% od osnovice za naknadu plaće, međutim, sukladno članku 55. stavak 3. najviši mjesečni iznos tako utvrđene naknade plaće koja se isplaćuje na teret sredstava HZZO-a ne može iznositi više od proračunske osnovice uvećane za 28%, odnosno, 4.257,28 kn (565 EUR) za puno radno vrijeme. Dakle, proizlazi da čak i da osiguranica ima višu plaću, ona će za vrijeme korištenja bolovanja zbog komplikacija dobivati naknadu plaće u iznosu od 4.257,28 kn (565 EUR). Pravobraniteljica smatra značajnim ukazati na korelaciju između članka 55. stavak 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju te odredaba Zakona o roditeljnim i roditeljskim potporama. Naime, iako je ratio legis ovih dvaju zakona drukčiji te iako su bolovanje zbog komplikacija te roditeljne i roditeljske potpore različiti instituti, njihov cilj je zapravo identičan. Bolovanje zbog komplikacija ima za cilj zaštitu trudnice, buduće majke i njezinog zdravlja, ali i zdravlja djeteta. Korištenje prava na roditeljni dopust ima za cilj zaštitu roditelja i zaštitu majčinstva te omogućavanje njege i brige o djetetu, ali i omogućavanje majci da se oporavi od poroda. Dakle, razvidno je iz navedenog kako ova dva instituta (bolovanje zbog komplikacija i roditeljni dopust) imaju identičan cilj i kako su usmjereni na zaštitu žene, trudnice, roditelje i majke. Također, značajno je ukazati i na činjenicu da, u

praksi, nakon korištenja bolovanja zbog komplikacija, u velikoj većini slučajeva odmah (često i bez dana prekida) slijedi roditeljni dopust. Naime, roditeljni dopust se, sukladno odredbama Zakona o roditeljnim i roditeljskim potporama, mora koristiti u trajanju od 28 dana prije dana očekivanog poroda do navršenih 6 mjeseci života djeteta, a iznimno, može se koristiti i 45 dana prije dana očekivanog poroda. Također, značajno je ukazati kako se naknada plaće za bolovanje zbog komplikacija i naknada plaće za roditeljni dopust isplaćuju na teret HZZO-a. Upravo zbog svega gore navedenog, Pravobraniteljica smatra da je opravdano postaviti pitanje iz kojeg razloga je naknada plaće za bolovanje zbog komplikacija limitirana na iznos od 4.257,28 kn (565 EUR), a prema Zakonu o roditeljnim i roditeljskim potporama naknada plaće za roditeljni dopust nije limitirana odnosno može iznositi više od 4.257,28 kn (565 EUR) odnosno postoji li legitiman interes da primjerice trudnice na bolovanju zbog komplikacija dobivaju manji iznos od trudnice tj. roditelje koja počne koristiti roditeljni dopust, a zapravo su u identičnom položaju. Pravobraniteljica smatra kako su u ovakvim slučajevima trudnice tijekom bolovanja zbog komplikacija stavljene u nepovoljniji položaj od žena, roditelja i majki, koje koriste roditeljni dopust te kako bi naknada plaće za bolovanje zbog komplikacija trebala biti bez limita (slično kao i naknada plaće za roditeljni dopust) odnosno da bi, u svakom slučaju, trebala biti viša od trenutnog iznosa koji iznosi 4.257,28 kn (565 EUR). Naime, Pravobraniteljica je ranije iznijela svoj načelni stav da bi učinkovita demografska politika morala biti usko povezana s ostvarivanjem ravnopravnosti spolova, kao jedne od najviših vrednota ustavnog poretka Republike Hrvatske i temelja za tumačenje Ustava Republike Hrvatske. S tim u vezi, ukoliko se ide za time da se jača položaj žena i majki te da se potiče rast nataliteta i popravak negativne demografske slike, potrebno je rješavati nukleus problema odnosno jačati položaj žena, trudnica, roditelja i majki u svim stadijima života, a ne samo u jednom, odnosno osigurati trudnicama koje su na bolovanju zbog komplikacija istu materijalnu sigurnost kakvu imaju i roditelje i majke koje koriste roditeljni dopust. Vezano uz odredbu članka 31. Nacrta Zakona kojim se mijenja članak 56. stavak 1. postojećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, a kojim se propisuju uvjeti koji su potrebni da bi se osiguraniku/ici isplatila naknada plaće na teret sredstava HZZO-a, Pravobraniteljica smatra važnim ukazati na problematiku vezanu za staž osiguranja. Naime, članak 56. stavak 1. glasi: „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. ovog Zakona pripada osiguraniku u visini propisanoj ovim Zakonom odnosno propisima i općim aktima donesenim na temelju ovog 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.“ Naime, u pojam „naknade plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda“ ulazi i naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad zbog bolesti i komplikacija u vezi s trudnoćom i porodom (bolovanje zbog komplikacija), a sukladno članku 39. stavak 1. točka 6. postojećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, ali i nove odredbe Nacrta Zakona. Naime, Nacrt Zakona predviđa (kao i do sad) da pravo na naknadu plaće koja se isplaćuje na teret sredstava HZZO-a imaju osiguranici/ice koji/e ostvaruju i određeni staž osiguranja u HZZO-u 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). Pravobraniteljica smatra kako se navedenim uvjetom staža osiguranja žene, a posebno trudnice, stavljaju u nepovoljniji položaj upravo iz razloga jer su žene općenito u nepovoljnijem položaju na tržištu rada te su češće izložene zaposlenju na određeno vrijeme, a posljedično, teže će ispuniti uvjet staža osiguranja od najmanje devet mjeseci neprekidno ili 12 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine, koji se spominje u članku 56. stavak 1. Naime, prema podacima Eurostata za prva tri tromjesječja 2021. u Republici Hrvatskoj je na određeno vrijeme u prosjeku bilo zaposleno oko 200.000 osoba, od čega su 56% činile žene, a 44% muškarci. Nadalje, analiza podataka Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (dalje u tekstu: HZZ) o ulasku u evidenciju nezaposlenih nakon isteka ugovora o radu na određeno vrijeme pokazuje značajnu razliku po spolu. Promatrajući trendove na trogodišnjoj razini (2019.-2021.), uočava se da je broj žena koji ulazi u evidenciju nezaposlenih, nakon isteka ugovora o radu na određeno vrijeme, u prosjeku 64% veći od broja muškaraca, dok je broj žena čak za 80% veći od broja muškaraca u 2021. Podaci HZZ-a o izlascima iz evidencije nezaposlenih, isto tako pokazuju da žene znatno češće od muškaraca izlaze iz evidencije na temelju zasnivanja radnog odnosa na određeno vrijeme. Analiza podataka za razdoblje 2019.-2021. pokazuje da je iz evidencije nezaposlenih izašlo 40% više žena (72.803) nego muškaraca (51.774) zbog zapošljavanja na određeno vrijeme. Prema podacima HZZ-a u 2021. zaposleno je 141.190 osoba (od toga zaposlenih žena 82.241 ili 58%). Analiza o zapošljavanju osoba s evidencije HZZ-a na neodređeno i određeno vrijeme, u vremenu od 2011. do 2021., pokazuje kako se u 2021. zadržao trend daleko većeg broja zaposlenih na određeno vrijeme (88%) u odnosu na broj zaposlenih na neodređeno vrijeme (12%), kao i svih prethodnih godina. Udio

žena zaposlenih na određeno vrijeme bio je 59%, a muškaraca 41%. Također, značajan je i podatak da je Republika Hrvatska prva u Europskoj uniji po broju zaposlenih na tzv. prekarnim poslovima (obuhvaćaju kratkoročne poslove u trajanju do 3 mjeseca) što svakako ukazuje na problem u sustavu, a tom problemu su izloženi i „honorarci/ke“ sukladno članku 54. stavak 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju gdje je također propisan staž osiguranja. Konkretno, iz svega ovog proizlazi da trudnica koja nema staž osiguranja, a ustanovi se da mora na bolovanje zbog komplikacija, neće dobiti iznos od 4.257,28 kn (565 EUR), već manji iznos tj. naknadu plaće u iznosu od 25% proračunske osnovice za puno radno vrijeme odnosno 831,50 kn (110,35 EUR) što predstavlja ogromnu razliku. U skladu s gore iznesenim, i ovdje se povlači paralela s roditeljima odnosno majkama koje koriste roditeljni dopust. Naime, iako je i u njihovom slučaju propisan staž osiguranja, činjenica je da su i ovdje žene koje ne ispunjavaju staž osiguranja u povoljnijem položaju od trudnica koje su na bolovanju zbog komplikacija. Naime, roditelje i majke koje koriste roditeljni dopust, a ne ispunjavaju uvjet staža osiguranja imaju viši iznos naknade nego što bi imale trudnice koje su na bolovanju zbog komplikacija. U skladu sa svime navedenim, Pravobraniteljica smatra kako bi trebalo razmotriti mogućnost smanjenja trenutnog staža osiguranja, ali i povećanja iznosa naknade plaće s 831,50 kn (110,35 EUR) na viši iznos, a sve s ciljem da trudnice koje ne ispunjavaju trenutni uvjet/e ne budu u nepovoljnijem položaju od roditelja i majki koje primaju viši iznos naknade plaće u slučaju neispunjavanja uvjeta staža osiguranja. Zaključno, a u svjetlu ovih prijedloga, Pravobraniteljica napominje kako se kroz svoje djelovanje kontinuirano zalagala i zalaže za promicanje ravnopravnosti spolova i jačanje položaja žena na tržištu rada, a također ukazuje i na činjenicu da su žene na tržištu rada u nepovoljnijem položaju te da su nerijetko diskriminirane na temelju trudnoće i majčinstva. S tim u vezi, provedena je kampanja „Nije u redu u uredu“ kojom je u vidu peticijskog pitanja predložena izmjena Zakona o radu, s ciljem bolje zaštite prava radnica i radnika. Izmjena je osmišljena prema preporukama Pravobraniteljice te je usmjerena prema poslodavcima koji ne smiju dati otkaz trudnici ili osobi na roditeljskom/roditeljskom dopustu za vrijeme njegova trajanja i minimalno godinu dana nakon prestanka ovih uvjeta. Peticiju je potpisalo 20.390 građana/ki, što je svrstava među 6% najuspješnijih peticija u Republici Hrvatskoj u posljednjih 10 godina.

29 **MAJA ČERINA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
 Slušati struku. Podržavam sve prijedloge KoHOM-a.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

30 **Matica umirovljenika Hrvatske**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
 Poštovani, Slijedom otvorenog javnog savjetovanja o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju, kako slijedi:

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

Matica umirovljenika Hrvatske u reformi zdravstvene skrbi zalaže se za ostvarenje sljedećih ciljeva: - ostvarivanje primjerene zdravstvene skrbi za umirovljenike i starije osobe, osobito samaca i onih čiji su prihodi ispod ili na granici siromaštva, - ravnomjernu i jednako dostupnu zdravstvenu skrb osobito starijim osiguranicima na ruralnim područjima Hrvatske, posebice u ruralnim područjima i otocima, - poboljšanje zdravstvene skrbi za starije osobe smještene u ustanovama socijalne skrbi, - omogućavanje i poticanje razvoja zdravstvenog turizma kojim će Hrvatska postati međunarodno prepoznatljiva destinacija što je moguće postići razvojem pružanja zdravstvenih usluga i usluga socijalne skrbi u dijelu smještajne skrbi starijim osobama (osobito stranim građanima) te proširenjem zdravstvenih usluga na stomatološke, ortopedske, sportske, estetsku kirurgiju, osobni rast i razvoj, tretmane protiv pretilosti i sl., - osiguranje i dostupnost palijativne skrbi za sve kojima je potrebna, - osiguranje dostupnosti određenog broja kreveta za osobe u terminalnoj fazi bolesti (hospicija), primjerice određeni postotak kreveta u svakoj općoj bolnici ili stacionaru namijeniti za te potrebe, - prihvaćanje i uređenje uloge nezdravstvenih struka koje mogu biti značajni rehabilitatori i dati doprinos prevenciji i očuvanju preostalog zdravlja (logopedi, edukacijski rehabilitatori, socijalni radnici, psiholozi,), - omogućavanje rada liječnicima, koji to mogu i žele, nakon 65. godina života, - osmišljavanje poticaja mladim liječnicima za rad u ruralnim sredinama i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, umjesto prisile i kažnjavanja, - omogućavanje nad standarda osiguranicima koji to žele i mogu financirati. Slijedom navedenih ciljeva na tekstove nacrtu zakona predložimo slijedeće, u odnosu na : Nacrt prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: I. Člankom 7. kojim se mijenja članak 18. propisano je da mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita. Time se daje ovlaštenje Zavodu da definira program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u skladu s osiguranim financijskim sredstvima i raspoloživim zdravstvenim kapacitetima. Takvo predloženo rješenje sadrži opasnost da u okolnostima nedovoljnih financijskih sredstava ili kapaciteta Zavod, pod opravdanjem racionalizacije troškova, smanji opseg ili vrstu mjera zdravstvene zaštite. To više što je, prema važećem propisu po kojem je mjere donosio ministar nadležan za zdravstvo, prethodno trebalo pribaviti mišljenje nadležnih komora. Slijedom navedenoga predložimo da i nadalje Zavod definira program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo te uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. II. Člankom 8. stavkom 3. mijenja se članak 19., propisuje se sudjelovanje osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine

zdravstvene usluge. Slijedom navedene odredbe 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 predlažu se značajna uvećanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, i to, primjerice, 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% na 1% (odnosno s 25,00 na 33,00 kune)
- specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5% na 2%, (s 50,00 na 67,00 kuna)
- ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode utvrđene listom ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5% na 2%, (s 50,00 na 67,00 kuna)
- 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% na 1% (odnosno s 25,00 na 33,00 kune)
- troškove bolničke zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 3,01% na 4,01% (sa 100,00 na 134,00 kune)
- dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe od 18 do 65 godina starosti uvećava se postotak proračunske osnovice s 30,07% na 40,09% (s 1.000,00 na 1333,00 kune)
- dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe starije od 65 godina uvećava se postotak proračunske osnovice s 15,03% na 20,04% (s 500,00 na 670,00 kuna)

Ujedno se predlaže i povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite sa 60,13 % proračunske osnovice na 120,26% proračunske osnovice, odnosno s 2.000,00 na 4.000,00 kuna). Budući da će, u uvjetima povećane inflacije i materijalnih prilika u kojima živi veliki broj umirovljenika, ovo povećanje sudjelovanja u troškovima zdravstvenih usluga, novi je udar na uvjete življenja umirovljenika, koji su zbog promjena uvjetovanih starenjem jače izloženi potreba za zdravstvenim uslugama. Radi ublažavanja udara na standard umirovljenika i dostupnost zdravstvenih usluga Matica umirovljenika Hrvatske predlaže da se usporedo s izmjenama i dopunama ovoga zakona izmijene prihodovni cenzus za osiguranike koji sredstva za dopunsko zdravstveno osiguranje osiguravaju na teret državnog proračuna i to za:

- osigurane osobe čiji ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 2640,00 kuna, umjesto dosadašnjih 2.065,60 kn - osiguranike – samce, ako im prihodovni cenzus u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 3100,00 kuna umjesto sadašnjih 2.582,00 kn. Time bi se imovinski cenzus za samca izjednačio s granicom siromaštva koja iznosi 3.038,00 kuna.

III. U članku 16. kojim se mijenja čl.33 predlažemo da Upravno vijeće Zavoda za standarde i normative zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uz propisanu suglasnost ministra nadležnog za zdravlje, prethodno

<p>pribavi i mišljenje nadležnih komora. U vezi sa standardima zdravstvene zaštite predlažemo da se osiguranu osobu upozna s mogućnostima kvalitetnije skrbi (boljih stentova, umjetnog kuka i sl.) te da joj se omogući plaćanje razlike između standarda Zavoda i izabranog standarda. Na taj način bi se ne samo poboljšala zdravstvena zaštita, već bi se i uštedjeli troškovi vezani uz novu operaciju i smanjile patnje pacijenta.</p>	
<p>31 Sanja Dokoza Matejčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Podržavam prijedloge i primjedbe KOHOM-a Navode se brojne obveze i novčane kazne. Može nas se kazniti ako "neopravdano" otvorimo bolovanje, ako ga predugo vodimo, ako ga neopravdano zatvorimo, ako pretjerano pružamo usluge (njege, putne naloge, lijekove), ako neopravdano ne pružamo usluge... Svakako slijedi kazna. Zakon pokazuje nepoštivanje i liječnika i pacijenata. Ne možete urediti sustav na temelju kazni.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

32	<p>Hrvatsko Psihijatrijsko Društvo NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Hrvatsko Psihijatrijsko Društvo upućuje sljedeći komentar: U zakonu se navodi da se poziva na Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 126/06 i 156/08), koji je donese je još 2006. godine od strane tadašnjeg Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi sukladno tada važećem Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 85/06 i 105/06). Međutim, mi predlažemo da se zakon pozove na novije dokumente, posebice na Plan i program mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022. Ministarstva zdravstva objavljenom u NN 142/2020 21.12.2020. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_142_2753.html U poglavlju 4.3. ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA navedene su mjere sukladne s Nacionalnom razvojnom strategijom Republike Hrvatske do 2030. godine. Konkretno, to znači uspostava i financiranje multidisciplinarnih timova sastavljenih od zdravstvenih djelatnika, socijalnih radnika, psihologa i stručnjaka po iskustvu za provođenja kurative i rehabilitacije u kući u svrhu pružanja skrbi za ljude koji boluju od mentalnih poremećaja, na svim primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Naime, u tom dokumentu pod 4.3.4., su navedeni izvršitelji prema takvom organizacijskom modelu (a to su mobilni psihosocijalni timovi, nevladine organizacije, sustav socijalne skrbi, lokalna zajednica u suradnji s ministarstvom nadležnom za zdravstvo, ministarstvom nadležnom za socijalnu skrb i ministarstvom nadležnom za rad, službe za mentalno zdravlje županijskih zavoda za javno zdravstvo. Iz toga je razvidno da model psihijatrijske skrbi putem mobilnih timova u zajednici upravo zadovoljava navedene prioritete u Nacionalnoj razvojnoj strategiji Republike Hrvatske do 2030. godine., na koju se ovaj Zakon poziva. Stoga predlažemo da se usvoji i Plan i program mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022. Ministarstva zdravstva objavljenom u NN 142/2020 21.12.2020, kao noviji dokument koji je usklađen s prioritetima Europske Unije a i Nacionalne razvojne strategije Republike Hrvatske do 2030. godine. mnogo više nego je to Plan i program mjera donesen je još 2006. godine. Predlažemo to u zakonu i definirati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	---

33	<p>Tina Grgić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>1. Uvesti još barem jednog obveznog osiguravatelja. Hzzo je monopolist, sam postavlja pravila, sam mobbingira sve zdravstvene ustanove i provodi strahovladu u zdravstvu. Takvo stanje je neodrživo i demotivirajuće 2. Rješavanje svih administrativnih prava vratiti na šaltere hzzo-a. Primjer: putni nalog. Kojom logikom službenik hzzo-a pacijentu izgovara rečenicu samo neka vam vaš dr napiše. U scenariju 1 dr napiše, hzzo isplati pacijentu, kazni doktora. U scenariju 2 dr ne napiše, pacijent sam traži naknadu troška, hzzo traži očitovanje od dr. U cijelom slijedu događaja tamo neki službenik je mogao i morao odrediti ima li pacijent pravo ili ne na putni nalog 3. Svim dr u sustavu dati da šalju na Cezih što indiciraju, recepte i pomagala, informatička mogućnost postoji 4. Dati pedijatrima i stomatolozima njihova bolovanja Omogućiti bolovanje za njegu roditelja 5. Zakonodavac treba shvatiti da kvaliteta i kontinuitet zdravstvene skrbi nije moguć s bacanjem tek diplomiranog kadra u ralje sustava. Podsjećam da smo se obavezali kao država da će u ambulantom raditi specijalisti 6. Kadrovski deficit se ne popravljala prisilama i kaznama, kome to nije jasno, neka se ostavi upravljačke funkcije 7. Liječnici Pzz-a nisu agenti Hzzo-a kako ih se često tretira, oni su liječnici, potpuno je nelogično da im prilikom rada prvo na pameti budu pravila hzzo-a, da se od njih očekuje da cinkaju svoje pacijente Mup-u jer zakonodavac nema muda propisati obvezne periodičke preglede za sve 8. Uvesti u sustav jasne smjernice liječenja kojih bi se svi morali držati, a da se temelje na kliničkim doozima, a ne na budžetu hzzo-a 9. LUCIANA VUKELIĆA RAZRIJEŠITI DUŽNOSTI RAVNATELJA HZZO-A. SUSTAVNO OMALOVAŽAVA I VRIJEĐA LIJEČNIKE, PACIJENTE ZOVE BAHATIMA, NESPOSOBAN JE I NE BARATA MATERIJOM KOJA SE TIČE ZDRAVSTVA. 2011.g u OM bilo je 32 milijuna posjeta, 2021. 47 milijuna. A doktora je manje nego prije 10 godina. Želimo biti liječnici, ne referenti</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
34	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

. na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva. članak 46. dopunit na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe predlaže se da se pedijatrija omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. predlaže se da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrija da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrija da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. predlaže se da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu

uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza predlaže se izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

35 **Hrvoje Vinter**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
 Obiteljska medicina kao temelj zdravstvenog sustava od početka mojeg obrazovanja bila je ljubav na prvi pogled. Kako vrijeme prolazi tako u radu na terenu svjedočim svakodnevnim posrtanju hrvatskog zdravstva. Kako su brojne reforme ZZ započinjale reformom PZZ (na tome su i završavale) tako započinje i ova nova reforma. Nije organizirana i prožeta je nesposobnim politički podobnim pojedincima koji su u sastavljanju iste uvelike "fulali" temu. Ovom najavljenom reformom ponovo se teži "jačanju - osnaživanju " PZZ , što god to značilo. Ne nalazim niti jednu odredbu kojom bi se riješili brojni nagomilani problemi u OM (na koje kao struka upozoravamo već duže vrijeme) već nametanje novih obaveza i zadataka te prijetnje sankcijama i kaznama. Za koju godinu više nećete imati koga kažnjavati niti koga prozivati! Ako vam je u istinu stalo do jake i snažne PZZ koja će biti u mogućnosti rješavati većinu problematike zdravstva kako je to uobičajeno u ostalim EU državama (koje su odavno prepoznale važnost i vrijednost OM kao najjeftinijeg oblika zdr. zaštite), poslušajte i uvažite prijedloge nas ljudi , radnika s terena i iz prakse, onih koji žive tu

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

OM. ad 1 Ne slažem se s obavezom uvođenja jednogodišnjeg staža nakon završenog fakulteta u PZZ. OM je zasebna grana medicine sa svim svojim kompetencijama i neophodnim specijalističkim usavršavanjem da bi se zadovoljile sve potrebe naših pacijenata : preventivni pregledi , provođenje probira i rano otkrivanje kron.nezaraznih bolesti , malignih bolesti , vođenje pacijenta sa brojnim komorbiditetima i polipragmazijom. Mladi kolege koje dolaze direktno sa fakulteta jednostavno nisu dorasle tom poslu . Oni bi trebali poslužiti za krpanje rupa kadrovski devastirane OM, što predstavlja opasnost , ne samo za njih nego i za pacijenta. ad 2 Obavezno smanjenje broja osiguranika po timu i administrativno rasterećenje timova PZZ; uvesti košaricu usluga.Također i proširenje mreže javno-zdravstvene službe sukladno lokalnim potrebama. Ad 3 Hitno definirati smjernice za dijagnostiku i liječenje najčešćih bolesti i bolesnih stanja. Ad 4 Kontrola ishoda liječenja uz definiranje načina kontrole i praćenja, ali tek kada se osiguraju uvjeti za kvalitetan rad. Ad 5 Uvesti transparentne uvjete s elementima stimulacije i edukacija, rješavanje stambenog pitanja, novčana stimulacija (kako bi se privukli liječnici u ruralna područja) Ad 6 Treba hitno uvesti nacionalno raspisivanje i financiranje specijalizacija uz pravodobni plan istih. Povećati razliku u koeficijentima između liječnika opće medicine i specijaliste obiteljske medicine (glavarini , cijeni DTP postupaka) što bi bio dodatni stimulans spec. usavršavanju i ostanku u PZZ Ad 7 Omogućiti slobodan izbor rada u DZ ili u privatnoj praksi prednost u odobravanju privatne prakse treba imati specijalist OM ili dr koji je započeo spec. usavršavanje. Ukoliko postoji nedostatak specijalista OM za rad u ruralnim područjima , definirati stimulativne mjere na nacionalnoj i lokalnoj razini uz obavezu spec.usavršavanja. Ad 8 ORGANIZIRATI I POJAČATI ZDRAVSTVENI ODGOJ STANOVNIŠTVA!!! Ad 9 Uvesti nekoliko osiguravatelja u osnovno zdravstveno osiguranje kako ne bi više postojalo monopolsko zdravstveno osiguranje. Poslušajte struku i udruge, to su oni koji su rudari koji su svakodnevno na vratima zdravstvenog sustava i drže ga da ne potone. Detaljnu razradu po člancima Prijedloga "novog" zakona dao je KoHOM I s njime se slažem.

36 **Anita Šimac Rako**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
Prijedlozi KOHOM-a su minimum potreban za održanje PZZ,poglavito obiteljske medicine. Kako o istima nema ni slova u tkz.Beroševoj reformi, nakon pomne analize ne preostaje mi ništa do hitnog utvrđivanje uvjeta za bijeg u mirovinu!

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

37	<p>Ivana Ban Kolega NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Upisala sam medicinu jer obožavam svoje zvanje, svoj posao obiteljskog liječnika, sa entuzijazmom sam započela svoj rad da bi ga iz dana u dan, iz godine u godinu , naveda administracija, poslovi koje nam drugi opetovano stavljaju na našu grbaču doslovno djeluju demotivirajuće i izazivaju krajnje nezadovoljstvo .Jer mi smo za sve kompetentni, tuđe poslove koje nam nadmeću sve moramo odrađivati bez da nas se ista pita a kad su u pitanju bolovanja, kažnjavanja, opomene, tu nas odmah stežu i prozivaju na očitovanje. Vratimo entuzijazam obiteljskim liječnicima, da rade svoj posao koji itekako znaju, vratimo im osmjeh na lice i da nejdju svaki dan s grčem na posao, potičimo ih da rade i ostanu u obiteljskoj medicini, nemojte ih demotivirati, jer uskoro neće nas imati tko liječiti a naša profesija će postat samo jedan gorki zaborav. Apsolutno podržavam sve prijedloge KoHom-a vezane uz ovaj zakon.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	---

38 **Ženska mreža Hrvatske**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Prijedlog ne uzima u obzir specifične potrebe žena; ne uvodi odgovarajuće mjere zaštite za žene koje je još 2015. preporučio UN-ov Odbor za uklanjanje svih oblika diskriminacije žena (CEDAW), te će gurnuti žene u još dublje u siromaštvo. Povećavanje participacije za sve medicinske usluge i lijekove gura u još dublje siromaštvo žene koje su najsiromašniji dio društva, a osobito umirovljenice koje imaju 14% manje mirovine od muškaraca. Stopa rizika od siromaštva najviša je u osoba u dobi od 65 i više godina i iznosi 31%. Tu je razlika po spolu najveća – stopa rizika od siromaštva kod žena je 34,6% a kod muškaraca 25,8%. Tim ljudima, osobito ženama, povećati stope participacije znači doslovno im uskratiti pristup zdravlju. Ravnopravnost spolova je jedna od ustavnih vredota zajamčenih Ustavom Republike Hrvatske. Ustavna vrednota ravnopravnosti spolova uključuje i slobodu odlučivanja o rađanju djece. Nadalje, ustavna vrednota slobode jasno štiti samoodređenje pojedinki. Ustav jamči ženama dostojanstvo bez nametanja tuđih stavova i jednakost. Sve žene moraju imati jednaku slobodu odlučivanja o rađanju djece, odnosno kontrolu nad svojim tijelima i reproduktivnim zdravljem, bez obzira na njihove ekonomske mogućnosti. UN-ov Odbor za uklanjanje svih oblika diskriminacije žena (CEDAW) je još 2015. godine u svojim Završnim primjedbama vezano za Izvješće Republike Hrvatske naveo da poziva Hrvatsku da osigura opće pokrivanje pobačaja i suvremene kontracepcije iz sredstava Zavoda za zdravstveno osiguranje. Nadalje, UN-ov Odbor je pozvao Hrvatsku da omogući odgovarajuće mjere zaštite kako bi osigurala da se medicinski postupci vezani uz porođaj podvrgnu objektivnoj procjeni nužnosti i da se provode u skladu s odgovarajućim standardima skrbi te poštujući autonomnost žene i zahtjeve informiranog pristanka; te da uvede mogućnost porođaja kod kuće za žene koje žele odabrati takvo okruženje porođaja. Od 2015. godine kada su ove Zaključne primjedbe upućene Hrvatskoj Vlada nije implementirala ni jednu od preporuka, a u praksi svjedočimo brojnim slučajevima nasilja i uskraćavanja medicinske pomoći ženama. S obzirom na sve navedeno tražimo: 1. Brisanje svih izmjena koje se tiču povećanja iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge i maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite; 2. Izmjenu članka 19. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojom bi popis zdravstvenih usluga za koje osiguranim osobama Zavod osigurava plaćanje u cijelosti uključivao pobačaj i suvremena kontracepcijska sredstva uključujući "pilulu za dan poslije" te troškove poroda kod kuće u slučaju da žena izrazi želju da obavi porod u takvom okruženju.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

<p>39 Ena Filipović Ferenčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Prođe li ovaj zakon, dobro ću razmisliti da li ću ostati u ovoj kaljuži od sustava. Sve manji broj mladih ostaje u obiteljskoj medicini, jer vrlo brzo uvide koliko im s jedne strane treba znanja, a druge strane volje za borbu protiv devastiranog i kaotičnog sustava koji se godinama zanemaruje. Rupe će se krpati sve manjim brojem specijalizanta(samo nas je 180!!!) i liječnicima netom pristiglim s fakulteta. To je veliki plan spašavanja obiteljske medicine. Osim profesionalne etike i osobnog entuzijazma, koje nažalost sve više blijedi, ništa me više tu ne drži. Potpisujem sve prijedloge KoHom-a vezane uz ovaj zakon.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>40 Arifa Mahmić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predložemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime,

izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

41 **DANIELA SKARPA-GUDELJ**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1.

	<p>vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	
42	<p>Ivan Žokalj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>U cjelini gledano razočaravajući dokument sa malo bitnih izmjena kojima bi se sustav zdravstvenog osiguranja reformiralo na način kako to već godinama predlažu službeni predstavnici zdravstvenih struka osobito udruge liječnika i Hrvatska liječnička komora. Najbolji primjer za to su pojedini čisto administrativni postupci koje se i nadalje ostavlja na teret obiteljskim liječnicima bez imalo razumijevanja za situaciju u koju se dovodi liječnike. Najbolji primjer za to su naknade za troškove prijevoza osiguranika (tzv. putni troškovi). Članak 65 u cijelosti bi trebalo preoblikovati, osobito stavak 4 na način kojim bi se naglasilo kako pravo na naknadu za troškove prijevoza osiguranik ostvaruje u isključivo u suradnji sa službenicima HZZO-a temeljem priložene medicinske dokumentacije. Tako bi se izbjeglo opterećivanje liječnika u PZZ-u sa nepotrebnim administriranjem i naknadno kažnjavanje zbog pisanja putnih naloga. Liječnici u PZZ-u ne mogu u svakom trenutku znati koje sve zdravstvene postupke osiguranik može obaviti u kojoj ustanovi (iznenadni kvarovi, odlazak osoblja u traženoj djelatnosti iz ustanove i slično). Administrativno osoblje HZZO-a bez uvida u medicinski sadržaj može provjeriti u kojoj ustanovi najbližoj prebivalištu/boravištu osiguranika se mogao u određenom trenutku obaviti. Uistinu je začuđujuće inzistiranje na tome da ovakav čisto administrativni postupak i dalje bude predmet rada obiteljskog liječnika u trenutku kada je dostignuta zadovoljavajuća razina informatizacije cijelog zdravstvenog sustava i sustava zdravstvenog osiguranja koja omogućuje kontrolu korištenja ovog prava bez opterećivanja obiteljskih liječnika. Ostavljanjem ovog članka u postojećem obliku i nadalje će se ponavljati situacije u kojima će liječnici u PZZ-u nerijetko bivati kažnjeni zbog isplata naknada za troškove prijevoza osiguranika koje po mišljenju administracije HZZO-a nisu smjeli izdati. Samo jedan od primjera zbog kojega je rad u PZZ-u mladim liječnicima sve manje privlačan prilikom odluke o izboru radnog mjesta.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
43	<p>Jasna Duišević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje."

Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

44 **VERONIKA ŽIVIĆ TARIBA**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez

posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

<p>45</p>	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Podržavam prijedlog i obrazloženje KoHOM-a jer je jasno, razumno, ostvarivo i doprinosi poboljšanju zdravstvene zaštite naših građana, sigurnosti liječnika i demotivira ih za odlazak iz RH. Pa ga stoga ponavljam opet, ili kako bi rekla naši stari, repetitio est mater studiorum: "Iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: • Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. • Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenju na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. • Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>46</p>	<p>Ivana Dora Vodanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

donošenjem zakona proisteći iz ocjene stanja i pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona, ne možemo nego zaključiti da ministarstvo unatoč našim brojnim upozorenjima i dalje nije svjesno kadrovske devastacije koja prijete u općoj/obiteljskoj medicini. U tom smislu, ponovno skrećemo pozornost zdravstvenoj administraciji da sukladno podacima HLK

(<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine, a kad se tome pridoda podatak da je 26 % manje specijalizirana obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100), nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Apsolutno niti jedan prijedlog KoHOM-a, ne samo da nije uvažen već je jednostavno izignoriran bez ikakvog obrazloženja stoga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na sljedeće prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: 1/ Rad u privatnoj praksi do 68. godine života bez posebnog odobrenja Ministarstva zdravstva KoHOM predlaže izmjenu postojećeg članka 67. st. 2. ZZZ koji glasi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 65 godina života." na način da glasi kako slijedi: "Zdravstvenim radnicima u mreži javne zdravstvene službe pravo na obavljanje privatne prakse po sili zakona prestaje kad navršše 68 godina života." Obrazloženje: Naime, uzimajući u obzir činjenicu da na tržištu rada postoji značajan deficit liječnika te da istovremeno s druge strane postoji veliki broj liječnika starije životne dobi (pred mirovinu) ili s već navršenih 65 godina koji svake godine moraju posebno ishoditi suglasnost MiZ za nastavak rada, navedeni prijedlog za izmjenu ovog zakona vidimo kao efikasno rješenje koje će omogućiti daljnje ostvarivanje načela kontinuiteta pružanja zdravstvene zaštite pacijentima. Isto tako, treba imati u vidu i činjenicu da će svi liječnici s navršenih 65 godina života kao i do sada imati mogućnost ostvariti pravo na starosnu mirovinu ukoliko više ne budu htjeli obavljati privatnu praksu. 2/ Prijenos privatne prakse na drugog zdravstvenog radnika Predlaže se iza članka 50. Zakona o zdravstvenoj zaštiti dodati novi članak 50.a koji glasi kako slijedi: "Članak 50. a (1) Zdravstveni radnik iz članka 50. stavka 3. ovoga Zakona može prenijeti pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti koju obavlja u ordinaciji na drugog zdravstvenog radnika. (2) Zahtjev za izdavanje rješenja kojim se odobrava prijenos obavljanja zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ministarstvu podnosi zdravstveni radnik na kojeg se prenosi to pravo. (3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka zdravstveni radnik obvezan je ministarstvu podnijeti: – ugovor o prijenosu prava na obavljanje zdravstvene djelatnosti u ordinaciji ovjeren kod javnog bilježnika – dokaz da je zdravstveni radnik najmanje godinu dana radio u radnom odnosu kod zdravstvenog radnika koji prenosi pravo na obavljanje zdravstvene djelatnosti – dokaz o osiguranju utvrđenog broja opredijeljenih osiguranih osoba Zavoda za djelatnosti propisanim općim

aktima Zavoda – dokaze o ispunjavanju uvjeta iz članka 47., odnosno članka 49. ovoga Zakona. (4) Ministarstvo donosi rješenje iz stavka 2. ovoga članka u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva. (5) Protiv rješenja iz stavka 2. ovoga članka nije dopuštena žalba, ali se može pokrenuti upravni spor.” Obrazloženje: Smatramo da bi se omogućavanjem prijenosa ordinacija privatnih zdravstvenih radnika na ovakav način (da zdravstveni radnik koji radi kod privatnog zdravstvenog radnika mora minimalno godinu dana raditi s pacijentima koje će preuzeti) osigurao bolji kontinuitet zdravstvene zaštite ali isto tako na ovaj način bi se motiviralo liječnike na ulaganje u opremu i znanje. Isto tako, navedeno bi stimuliralo i mlade liječnike da se odluče na rad u obiteljskoj medicini koja je doslovno “pred izumiranjem” kada uzmemo u obzir statističke podatke HLK iz Atlasa liječništva (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>). Imajući u vidu poražavajuće brojke iz navedenog dokumenta dolazimo do jasnog zaključka da će već za nekoliko godina Mreža biti ozbiljno ugrožena u cijeloj Hrvatskoj, dok je u ruralnim sredinama to već sada slučaj!!) 3/ Ukidanje obveze ishoda suglasnosti jedinica područne samouprave kod preseljenja ordinacije Predlaže se brisanje postojećeg članka 51. st.2. ZZZ koji glasi: “(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka zdravstveni radnik koji ima sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom, uz dokaze iz članka 50. stavka 2. podstavka 2. ovoga Zakona, obvezan je priložiti i suglasnost predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba za promjenu prostora obavljanja djelatnosti.” Obrazloženje: Postojećim odredbama jedinicama lokalne samouprave odnosno Gradu Zagreb je ostavljeno da po slobodnoj ocjeni izdaju ili uskrate navedenu suglasnost bez jasno definiranih kriterija što posljedično može dovesti do zloupotrebe tako širokih ovlasti i neželjenih sporova pogotovo ako se uzme u obzir da su upravo jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb, osnivači domova zdravlja iz čijih prostora privatni zdravstveni radnici mahom traže preseljenje stoga u većini slučajeva prilikom donošenja suglasnosti dolazi do sukoba interesa. Pored toga, u slučaju udovoljenja svim prethodno postavljenim uvjetima iz ovog zakona smatramo suvišnim da jedinice lokalne samouprave odnosno Grad Zagreb praktički samovoljno odlučuju o premještanju ordinacije. 4/ Ukidanje “kažnjavanja” specijalizanata/specijalista koji ostaju raditi u istoj Mreži kao i zdravstvena ustanova u kojoj su imali prijašnji radni odnos Predlaže se dopuna članka 188. ZZZ novim stavkom koji glasi kako slijedi: “Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalizanta koji otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona”. Predlaže se dopuniti čl. 190. novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Obveza iz stavka 2. ovog članka ne odnosi se na specijalista koji otkáže ugovor o

radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona, a zasnuje radni odnos kod zdravstvenog radnika privatne prakse ili nastavi rad u vlastitoj privatnoj praksi u mreži javne zdravstvene službe na istom području koje pokriva zdravstvena ustanova iz članka 186. stavka 1. ovog Zakona.“

Obrazloženje: Naime, svrha specijalizacije je pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi, a postojeće odredbe djeluju destimulirajuće za mlade liječnike koji se imaju namjeru specijalizirati budući ih se pritom vrlo rigidno ograničava u daljnjoj karijeri. Smatramo da mijenjanje statusa liječnika iz radnika u domu zdravlja u status radnika kod privatnog zdravstvenog radnika ili samostalnog privatnog zdravstvenog radnika, na istom području javno zdravstvene mreže gdje je liječnik i do sada radio, sa istim pacijentima, ne može biti penalizirano kako je to predviđeno trenutno važećim zakonom budući domovima zdravlja, koji su mahom davatelji specijalizacija, ne nastaje nikakva šteta prvenstveno iz razloga što se mreža koju popunjavaju, na ovaj način održava ali isto tako i zbog činjenice što domovi zdravlja u velikom broju slučajeva za specijalizaciju nisu uopće utrošili vlastita sredstva. Iz izloženog se kao logično nameće pitanje da li je svrha specijalizacije liječnika kontinuirano i kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite na području određene mreže javne zdravstvene službe ili je svrha specijalizacije zadržavanje mladih liječnika u domovima zdravlja?!

5/ Postavljanje limita kod određivanja visine zakupnine u prostorima domova zdravlja Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 10. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.“

Predlaže se dopuniti članak 264. ZZZ novim stavkom, stavkom 8. na način da glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“. Obrazloženje: Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika.

6/ Usklađenje odredbi Zakona o zdravstvenoj zaštiti u pogledu rada privatnih zdravstvenih radnika na visokim učilištima te problem prijave ugovora o radu sklopljenih između visokih učilišta i privatnih zdravstvenih radnika na mirovinsko osiguranje Predlaže se izmjena postojećeg članka 47. st. 1. točka 7. ZZZ koji glasi: “Privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako: 7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost.” na način da glasi kako slijedi:

“7. nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost osim u slučaju iz članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona.“ Obrazloženje: Navedena odredba je u koliziji s odredbom članka 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona kojom je propisano da privatni zdravstveni radnici kojima je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe mogu ostvariti novčana sredstva ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Naime, pojam ugovor u kontekstu navedene odredbe može biti i ugovor o radu na nepuno radno vrijeme stoga je potrebno izuzeti navedeni uvjet u takvim slučajevima, čime bi se ujedno izuzela i primjena prekršajne odredbe iz članka 246. st. 1. točka 10. ovog zakona u tom smislu. U pogledu članka 57. st. 1. alineje 7. ZZZ potrebno je skrenuti pozornost MiZ na probleme koji se događaju prilikom prijave ugovora privatnih zdravstvenih radnika sklopljenih s visokim učilištima na Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, a sve kako bi MiZ u dogovoru s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava otklonilo te probleme. Naime, Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje odbija prijavu na mirovinsko osiguranje privatnih zdravstvenih radnika po osnovi sklopljenog ugovora o radu na nepuno radno vrijeme s visokim učilištem stoga smatramo bitnim da MiZ u suradnji s Ministarstvom rada i mirovinskog sustava iskordinira u tom pogledu ostale relevantne zakone (Zakon o doprinosima i Zakon o mirovinskom osiguranju) koji trenutno faktički sprječavaju zaposlenje privatnih zdr. radnika na visokim učilištima unatoč njihovom zakonskom pravu iz odredbe čl. 57. st. 1. alineja 7. ovog zakona. 7/ Ukidanje obveze mrtvozorstva za privatne zdravstvene radnike Predlaže se brisanje postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ koji glasi: “Obveza utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka, odnosi se i na privatne zdravstvene radnike – doktore medicine koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u ordinaciji.” Alternativno se predlaže izmjena postojećeg članka 230. st. 2. ZZZ na način da glasi kako slijedi: “Ugovorom sklopljenim između privatnog zdravstvenog radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju se prava i obveze u pogledu obavljanja poslova utvrđivanja nastupa smrti, vremena i uzroka smrti osoba umrlih izvan zdravstvene ustanove, sukladno odluci predstavničkog tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba iz stavka 1. ovoga članka.” Obrazloženje: Uz sve moguće postojeće zakonske obveze koje su praktički nametnute privatnim zdravstvenim radnicima ovo je još jedna u nizu pa se ponovno postavlja pitanje kršenja odredbi Zakona o radu u smislu korištenja dnevnog i tjednog odmora privatnih zdravstvenih radnika i njihovih članova u timu? Kao alternativno rješenje predlaže se dopuna ovog članka tako da se ugovorom sklopljenim između privatnog zdr. radnika i jedinice lokalne samouprave odnosno Grada Zagreb definiraju prava i obveze u pogledu obavljanja tog posla što bi značilo da bi privatni zdravstveni radnici i

dalje obavljali ove poslove, ali naravno, na dobrovoljnoj bazi. Prijedlozi iz ovog zakona, umjesto da idu u smjeru stimulacije mladih liječnika na rad u obiteljskoj medicini, proizvesti će upravo suprotan učinak. Komentar na članak 1. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predložimo brisati odredbu članka 1. Prijedloga koja se odnosi na novi članak 5. a. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Svaki zdravstveni radnik u okviru svojih kompetencija, ako se to od njega zatraži u iznimnim situacijama, obavezan je pružiti hitnu medicinsku pomoć svakoj osobi kojoj je takva pomoć potrebna i izvan svog radnog mjesta." Navedena odredba je prije svega potpuno suvišna budući je postojećim zakonom obveza pružanja hitne medicinske pomoći već dovoljno jasno i nedvosmisleno uređena. Osim toga, predmetna odredba je prilično općenita i apstraktna te ostavlja niz otvorenih pitanja kao što su: Tko je ovlašten zatražiti od zdravstvenih radnika pružanje hitne medicinske pomoći? Ministarstvo zdravstva, Zavod za hitnu medicinu, Dom zdravlja ili pak svaka osoba? Koje su to "iznimne situacije"? Da li je to nedostatak kadra u hitnoj medicinskoj pomoći ili pak ratno stanje? Što znači "izvan radnog mjesta"? Da li to znači pružanje hitne medicinske pomoći na ulici ispred ordinacije/bolnice ili neke druge zdravstvene ustanove ili primjerice korištenje svog osobnog vozila? Osim što navedena odredba niti približno nije jasna nije uređeno niti pitanje tko će za to vrijeme pružanja hitne medicinske pomoći izvan radnog mjesta biti zadužen za radno mjesto koje se napušta? A isto tako nije uređeno niti pitanje odgovornosti tih istih zdravstvenih radnika za pacijente kojima se eventualno nešto dogodi zbog odsustva s radnog mjesta uslijed pružanja hitne medicinske pomoći? Upravo zbog nejasnoće koja ostavlja široku mogućnost tumačenja stječe se dojam da se na ovaj način pokušava otvoriti mogućnost pozivanja i uključivanja svih liječnika u rad hitne medicinske pomoći što je ne samo nedopustivo već i s obzirom na preopterećenost rada liječnika obiteljske medicine jednostavno u praksi neizvedivo. Komentar na članak 12. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predložimo brisati prijedlog koji se odnosi na čl. 64. st. 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, a glasi kako slijedi: "Zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvezni su u iznimnim okolnostima na poziv nadležnog tijela i/ili nadležnog doma zdravlja sudjelovati u radu posebno organiziranih ambulanti, odnosno u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite." Naime na ovu odredbu smo dali primjedbe još u radnoj skupini, međutim, glas struke se očigledno i dalje ignorira. Privatni zdravstveni radnici uz već postojeće obveze rada u okviru sklopljenog ugovora sa Zavodom, sudjeluju u radu COVID-19 ordinacija kao i u posebnim dežurstvima stoga dodatno obvezivanje na rad u posebnim ordinacijama u stvarnosti jednostavno nije izvedivo. Navedenom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja čime se gubi svaki smisao privatne prakse definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Što

zapravo znači “sudjelovati u osiguravanju dostupnosti zdravstvene zaštite”? Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi to još trebali osiguravati dostupnost zdravstvene zaštite??! Nametanjem dodatne obveze rada u posebno ustrojenim ordinacijama koje domovi zdravlja po vlastitom nahođenju mogu osnivati, zasigurno će doći do kolizije radnog vremena ugovorenog sa Zavodom ali i kršenja odredbi Zakona o radu zbog nepoštivanja dnevnog i tjednog odmora. Ukoliko je cilj ove odredbe bio da se zdravstveni radnici privatne prakse u mreži javne zdravstvene službe obvežu na rad u iznimnim okolnostima onda skrećemo pozornost predlagatelju ovih izmjena i dopuna na članak 197. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim je već ostavljena mogućnost uređenja rada svih zdravstvenih radnika pa tako i zdravstvenih radnika privatne prakse u mreži u izvanrednim okolnostima, katastrofama i epidemijama, a na temelju koje odredbe je upravo ovo ministarstvo uređivalo rad svih ustanova i liječnika u posljednje tri godine pandemije pa zapravo iznenađuje dodatno uređenje nečega što već funkcionira. Komentar na članak 25. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo izmjenu prijedloga koji se odnosi na članak 103. st. 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i glasi: “Dom zdravlja obavezan je osigurati potreban broj ordinacija za obavljanje svake pojedine djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka sukladno odluci osnivača.” na način da glasi kako je propisano postojećim člankom 103. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: “Dom zdravlja obavezan je uz odluku osnivača osigurati da u svakoj djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka ima do 25 % ordinacija.” Naime, domovi zdravlja i do sada nisu poštivali navedenu odredbu zakona, a Ministarstvo zdravstva unatoč brojnim prigovorima i zahtjevima za provođenje nadzora do danas nije reagiralo na navedeno kršenje zakona stoga nije iznenađujuće da se sada ta odredba namjerava staviti izvan snage. Međutim, izmjena ove odredbe na način da se osnivačima domova zdravlja (odnosno županijama i gradu Zagrebu) daje ovlast da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite će biti krucijalan potez ovog ministarstva u daljnjem urušavanju primarne zdravstvene zaštite. Stupanjem na snagu ove odredbe članak 268. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i eventualno stupanje na snagu članka 50. iz Prijedloga novog zakona u prijelaznim i završnim odredbama, gubi bilo kakav pravni učinak i postaje mrtvo slovo na papiru budući će osnivači domova zdravlja zasigurno odrediti maksimalan broj timova u svakoj od djelatnosti što znači da će domski liječnici biti potpuno onemogućeni u prelasku iz doma zdravlja u privatnu praksu. Brojke o mladim studentima medicine koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će

značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. Naime, sukladno podacima HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) 33 % nositelja timova obiteljske medicine ima preko 60 godina, dok je prosječna starost 52 godine. Kad se k tome pridoda podatak da je 26 % posto manje specijalizanata obiteljske medicine te značajan broj nositelja bez timova (kojih prema našim internim podacima trenutno ima čak oko 100) nedvojbeno se može zaključiti da kroz nekoliko godina veći broj stanovnika neće imati adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Imajući u vidu opisane negativne trendove, Ministarstvo zdravstva bi trebalo ozbiljno razmisliti o donošenju stimulativnih mjera za obiteljsku medicinu, a ne pridonositi njezinom urušavanju. Isto tako, predlažemo da se briše prijedlog koji se odnosi na članak 103. st. 5. Zakona o zdravstvenoj zaštiti: "Radi osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite dom zdravlja na svom području koordinira rad svih zdravstvenih radnika u mreži javne zdravstvene službe koji obavljaju djelatnosti iz stavka 2. ovoga članka." Jednako kao što je to slučaj s prijedlogom iz članka 64. st. 2. ovom odredbom se domovima zdravlja daju tolike ovlasti da su privatni zdravstveni radnici zapravo podčinjeni domovima zdravlja i praktički u tom dijelu imaju isti status kao i zaposlenici domova zdravlja. Privatni zdravstveni radnici u ovom trenutku više nego dovoljno osiguravaju dostupnost zdravstvene zaštite i to u vidu obveze osiguravanja zamjene kada izbivaju iz ordinacije (bolovanje, godišnji odmor i sl.) kao i kroz redovan rad subotama ujutro te sudjelovanje u posebnim dežurstvima subotom popodne, nedjeljom, praznicima i blagdanima pa se postavlja pitanje kada bi još trebali raditi??! Komentar na članak 43. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da se briše prijedlog iz članka 182. st. 1. koji propisuje dodatan uvjet za odobrenje specijalizacije doktorima medicine u vidu jedne godine radnog iskustva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Mišljenja smo da je navedeni prijedlog Ministarstva zdravstva potpuno promašen iz više razloga. Prije svega, pristup rješavanju problema kadrovske devastacije primarne zdravstvene zaštite, a posebno obiteljske medicine, o čemu smo konstantno upozoravali te i dalje upozoravamo nadležne, je pogrešan s obzirom da ministarstvo očigledno problem pokušava riješiti metodom prisile mladih doktora na rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da ih se stimulira. Osim toga, ovakvim pristupom predlagatelj zakona omalovažava specijalizaciju iz obiteljske medicine smatrajući da to može raditi bilo tko nakon završenog fakulteta. Ukoliko je resorno ministarstvo već smatralo da je doktorima medicine koji tek završe fakultet potrebno određeno iskustvo onda smatramo da se to moglo postići kroz obvezu rada pod nadzorom u trajanju od primjerice 6 mjeseci gdje bi ti mladi liječnici imali svog mentora, a ne na ovaj način uvjetovati dobivanje specijalizacije prethodnim samostalnim radom od godinu dana u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz čega je zapravo vidljiva stvarna intencija ministarstva, da jednostavno

“popuni kadrovske rupe”. Komentar na članak 50. Prijedloga izmjena i dopuna ZZZ Predlažemo da članak 268. st. 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ostane na snazi neizmijenjen. Prije svega KoHOM ističe da ova odredba koja regulira prelazak domskih liječnika u privatnu praksu praktički ostaje bez ikakvog učinka, s obzirom na prijedlog za izmjenu članka 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim se daje ovlast osnivačima domova zdravlja da mogu odrediti neograničen broj timova u svakoj od djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite te na taj način onemogućiti bilo kojeg domskog liječnika u ostvarivanju svojih prava iz ovog članka zakona. Dakle, bez obzira, da li domski liječnik ima godinu dana staža (što je uvjet po postojećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) ili pet godina radnog staža po ovom prijedlogu, ishod u slučaju traženja prelaska u privatnu praksu će biti isti, negativan, iz jednostavnog razloga što domovi zdravlja više neće biti limitirani po broju timova u pojedinoj djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Izmjenom ove odredbe i odredbe članka 103. st. 4. liječnicima se ostavlja izbor, ili nastavak rad u domovima zdravlja ili odlazak u inozemstvo, a strahujemo da će potonja opcija biti sve učestalija. Brojke o mladim liječnicima koji se nakon fakulteta odlučuju za rad i specijalizaciju u obiteljskoj medicini su već sada poražavajuće, a izmjenom ove odredbe koja će značiti onemogućavanje rada mladih liječnika u privatnoj praksi i zadržavanje postojećih liječnika u sklopu domova zdravlja što će dovesti do daljnjeg deficita liječnika u djelatnosti obiteljske medicine i samim time urušavanja Mreže. U prilog našim navodima iznosimo još jednom statističke podatke HLK (<http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/>) Isto tako KoHOM predlaže dopuniti ovu odredbu novim stavkom koji glasi kako slijedi: „Ministar će posebnim Pravilnikom propisati visinu maksimalnog iznosa zakupnine koju mogu donijeti predstavnička tijela jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb“ Kao što je vidljivo iz našeg prijedloga, smatramo da je potrebno dopuniti odredbe koje se odnose na donošenje odluka jedinica lokalne samouprave iz razloga što su iste odredbe nedovoljno precizne i ostavljaju široku mogućnost zlouporabe odnosno nametanja viših cijena zakupnine i najma opreme, a što može rezultirati masovnim napuštanjem prostora domova zdravlja koji će vrlo vjerojatno i ostati prazni zbog očiglednog deficita liječnika

47 **Miranda Copetti Modrčin**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO
Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrija omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrija da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrija da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom

osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

- 48 **Tajana Katinić Zorić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO
Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana protoka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim

<p>zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenju na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	
<p>49 Aleksandar Ljubotina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Valja izračunati realnu cijenu zdravstvenih usluga, pa prema njima utvrditi police osiguranja. Najgore je imati pravo na sve usluge, a da se te usluge ne mogu konzumirati u razumnom vremenskom periodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>50 Aleksandar Ljubotina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Kaznama se rijetko postižu željeni učinci. Nagrade i pozitivna potkrepljenja su najbolji način da se ostvare željena ponašanja subjekata, kako pacijenata, tako i liječnika. Strah obiteljskih liječnika od kazni bi mogao izazvati dodati kaos u sustavu, s katastrofalnim posljedicama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>51 Lidija Gović-Golčić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Razgovor je otvoren. 1 nepročitana poruka. Preskoči na sadržaj Koristite Gmail sa čitačima zaslona 15 od</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

15.066 e-Savjetovanje Pristigla pošta KoHOM PGŽ Privici 09:12 (prije 4 sata) prima skrivena kopija: ja Dragi svi, još su nekoliko dana u eSavjetovanju prijedlozi izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti koji će nam krojiti sudbinu u vremenu ispred nas, te je od izuzetne važnosti da svatko od nas pristui eSavjetovanju i uveća broj prigovora na predložene izmjene, jer jedino tako će se vršiti adekvatan pritisak na predlagatelja tih izmjena zakona ... Svi se mogu i moraju uključiti jer se radi o našoj/vašoj sudbini... eSavjetovanju se pristupa preko linka:

<https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/Dashboard> U privitku već posloženi prigovori, koje možete copy/paste u komentare zakona... Leonardo Bressan, dr med Predsjednik Podružnice KoHOM-a za PGŽ 2 privitka • Skenirao Gmail Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i

samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1.

vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika. za ZOZO.txt Prikaz stavke za ZOZO.txt.

52 **Sanja Pavić**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predložemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima

	<p>propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	
53	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Kao i u slučaju prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenoj zaštiti, i ovaj nacrt prijedloga je u cjelini razočaravajuć. Zdravstveni sustav postoji da služi pacijentu. Od cjelokupnog sustava, samo je jedno što je neophodno da on funkcionira, a to je osoba koja pruža zdravstvenu skrb. Skrb se može dakle pružati i bez Ministarstva i bez Zavoda i bez kontrolora, bez ravnatelja i pročelnika. Ne može se pružati bez zdravstvenih djelatnika - liječnika i medicinskih sestara. U ovoj cjelokupnoj "wannabe" reformi nema ničega što bi za pacijente popravilo dostupnost zdravstvene zaštite, smanjilo liste čekanja ili poboljšalo kvalitetu zdravstvene skrbi. U ovoj nazovi-reformi nema ničega čime bi se poboljšali uvjeti rada zdravstvenim djelatnicima, čime bi ih se stimuliralo ili motiviralo za početak ili nastavak rada. Odredbama o dodatnom opterećivanju, kontroliranju i kažnjavanju liječnika koji u ovom kaosu od sustava pokušavaju napraviti najbolje za pacijenta usmjerit će se i oni preostali, pogotovo mladi liječnici prema uređenim zapadnim zdravstvenim sustavima ili zasluženoj mirovini. I onda s pravom možemo pitati - kome će koristiti ove promjene ako neće pacijentima niti zdravstvenim djelatnicima? Pišu li se ovi prijedlozi da omogućće dobrobit i blagostanje privatnim zdravstvenim ustanovama koje već naveliko oglašavaju "preglede bez listi čekanja" po cijeni nešto malo većoj od simbolične? Shvaćaju li ljudi koji ove prijedloge pišu da je sustav pred kolapsom, da nam u bližoj budućnosti prijeti mogućnost da će biti luksuz imati izabranog liječnika? S kojim pravom se ignoriraju konkretni prijedlozi liječničkih udruga koji jedini znaju iz prve ruke u kakvim uvjetima obavljaju trenutni posao? Tko će biti odgovoran kad nedostatak ideje, hrabrosti i krive odluke dovedu do devastacije zdravstvene zaštite? Poznavajući našu zdravstvenu administraciju, vjerojatno će osvanuti neka nova stranica "www.prijaviliječnika.hr".</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

<p>54 Amila Iličić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak Članak 21. (Članak 46. mijenja se i glasi) i Članak152: Kažnjavanje liječnika zbog „lažnih i neopravdanih bolovanja“ smatram neprihvatljivim. Isto smatram da je vođenje dužih bolovanja jako kompleksno i da ne bi trebalo biti u nadležnosti samo jednog liječnika, kojeg ćete na kraju kažnjavati i ponižavati. Za duža bolovanja bi trebalo vratiti liječnička povjerenstava Zavoda i timski odlučiti. Idealno bi bilo uključiti i poslodavca i medicinu rada (ali ovo je možda samo utopija). Žalosno je da od sveg što je obiteljska medicina trebala biti ostaje samo KAZNA I KRIVNJA, kako uopće zamišljate da je u takvim okolnostima moguće raditi i kvalitetno skrbiti o pacijentima. Nameću se samo dodatne obaveze u istoj jedinici vremena. Ako ne postoje uvjeti da se omogući kvalitetan rad ne znam kako se to misli postići novim nametima i kažnjavanjem. Ovdje nije mjesto, ali moram navesti prijavu promjene zdravstvenog stanja vozača –posebno što je liječnik dužan upozoriti pacijenta da će ga prijaviti, a u MUP-u dobiju informaciju da ih je prijavio njihov izabrani liječnik i time se sav bijes pacijenta usmjeri na izabranog liječnika. Stavljani smo u Zakon kao META, a da nas tom prilikom kao Ministarstvo zdravstva niste zaštitili. Zar se ijedan liječnik Zakonom treba dovoditi u takav položaj? Kako sam prije par godina bila u sličnoj situaciji kao sad, a do danas se ništa nije promijenjeno na bolje, ove novčane kazne koje navodite od 660,00 EUR do 2.650,00 EUR i ne djeluju tako“ strašno“ u usporedbi sa strahom za vlastiti život jer nas drugi Zakon o sigurnosti prometa na cesti, za kojeg u dodiplomskoj, a niti postdiplomskoj nastavi većina liječnika nije znala ni da postoji, stavlja u puno gori položaj. Zar sve to navedeno predstavlja "jačanje PZZ" ? Smatram da bi obavezno trebalo uključiti struku i predstavnike obiteljske medicine (KoHOM, DNOOM i dr.) u donošenja bilo kojeg Zakona koji se odnosi na liječnike u PZZ-u. komentar na Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza: Izabrani doktor ne može točno znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te koja bliža ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu istu medicinsku skrb te predlažem da osiguranik pravo na naknadu troškova prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
--	---

55	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Imajući u vidu da se čl. 65. važećeg Zakona o obveznoj zdravstvenom osiguranju ne nalazi u izmjeni, dostavljamo primjedbu putem općeg komentara. Udruga Poseban prijatelj (Udruga za savjetovanje edukaciju i pomoć roditeljima djece s teškoćama u razvoju) iz Dubrovnika skrenula nam je pozornost na probleme osoba s invaliditetom na području Dubrovačko-neretvanske županije kada im je potrebno hitno liječenje u nekoj od zagrebačkih bolnica i kada moraju kao prijevozno sredstvo koristiti zrakoplov. Problem se sastoji u činjenici da su osobe s invaliditetom često primorane samostalno snositi punu cijenu zrakoplovnih karata. S obzirom da su zrakoplovne karte, upravo i zbog destinacije, često u ekonomskoj klasi rasprodane i mjesecima ranije, u slučaju pogoršanja u zdravstvenom stanju, osobe s invaliditetom su primorane kupiti kartu u poslovnoj klasi koja je skuplja. Iako sadašnji Zakon o obveznoj zdravstvenom osiguranju (čl. 65. st. 2.) navodi kako se osiguranoj osobi zbog njezina zdravstvenog stanja, prema prethodnom odobrenju liječničkog povjerenstva Zavoda, a na prijedlog izabranog doktora može odobriti korištenje skupljeg javnog prijevoznog sredstva (spavaća kola u vlaku, zrakoplov) praksa je drugačija. Prema saznanjima obavlja se povrat troškova u visini najniže cijene zrakoplovne karte (968,75 kn), a koju u vrijeme kada nastupi iznenadna potreba, više nije moguće po toj cijeni kupiti. Predlažemo da se navedeni članak precizira i da se jasno propiše kako osigurana osoba po odobrenju liječničkog povjerenstva Zavoda, ima pravo na povrat pune cijene zrakoplovne karte za sebe i pratnju. Predlažemo da se uzme u obzir i zakonsko rješenje koje je bilo na snazi prije 28. lipnja 2013. godine kada je bio moguć povrat pune cijene karata. Prema našim saznanjima, puna cijena zrakoplovne karte može iznositi i oko 3.000,00 kuna što predstavlja veliko financijsko opterećenje. Kao što prethodno navedeno, karte po nižoj cijeni moraju se kupiti i nekoliko mjeseci ranije dok se s druge strane i ne može tako daleko predvidjeti zdravstvena situacija osigurane osobe. Slijedom navedenog, predlažemo da razmotrite i uvažite ovaj prijedlog.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	--	---

56	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza: U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH) registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	---

57	<p>Ivana Vlastelić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Komentar na članak 46: - obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. -stomatolozima i pedijatrima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Komentar na članak 65. st. 4. - osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO - propisati Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke Komentar na članak 52. - novčane kazne u cijelosti su neprihvatljive. One su već definirane ugovornim odnosima liječnika i HZZOa, a trebale bi biti definirane i kroz košaricu usluga. Recite svojim osiguranicima, kao što to čine i sve druge osiguravajuće kuće, što točno pokriva njihovo zdravstveno osiguranje, što su im prava, a što obaveze, pa će iz toga proizlaziti i sankcije. Jasno određivanje obveza pacijenta Opsežna administracija, prevelik broj pacijenta po timu, nejasni i nedefinirani normativi, nerealne cijene usluga, odrađivanje svojeg godišnjeg odmora, kažnjavanje od strane ugovornog partnera HZZO-a svakako su sve samo ne stimulativni za dolazak mladog kadra u PZZ osobito obiteljsku medicinu a također krajnje frustrirajuće za oni koji rade u sustavu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	--	---

58	<p>Kristina Sambol NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNO ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad - obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza- izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite- Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
59	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNO ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza: imate administrativne djelatnike koji mogu rješavati ovaj problem pacijenta. U sustavu CEZIHa već se nalazi i uputnica i nalaz i DTS postupak i faktura za provedenu ustanovu. Dovoljno je da vam se osigurana osoba javi na šalter sa svojim MBO i šalterska djelatnica trebala bi imati uvid i znati ima li pacijent pravo na putni nalog ili nema. A ne da se takav posao delegira liječnicima. O tome da se troškovi isplate osiguraniku, a onda kasnije taj iznos naplati od liječnika jer se procijeni da pacijent nema pravo (pa ako nema pravo, uzmite mu novac natrag???) - to je skandalozno i nevjerojatno da se u 21. stoljeću provodi u jednoj europskoj zemlji.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

60	<p>tm NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU I bez značajnije zdravstvene/ekonomske/marketinške educiranosti je jasno da je bolničko liječenje "najskuplje" i poanta realne uštede u zdravstvenom sustavu je smanjit broj dolazaka pacijenata do bolničkog sustava a to radi obiteljska medicina jedino ako nije zatrpna poslovima koji "nisu njezini". Bolnice će ako se nešto temeljito ne napravi u usvoje određeni elementi ove reforme bit bit mjesto glavne obrade i liječenja pacijenata ukoliko se PZZ bude zatrpavala poslovima koji ne spadaju u domenu te djelatnosti. Takav je sustav skup i neodrživ. Niti jedan pojedinac ne može radit preko realnih "psihofizičkih kapaciteta"uz svu dobru volju a tempo rada nametnut je takav. Treba omogućiti zdravstvenim djelatnicima u ordinacijama obiteljske medicine da se bave medicinom i provode kvalitetne preventivne aktivnosti uz jasno definirane standarde i normative. Bilo bi pohvalno da se od strane odgovornih uvede zakonski okvir za obavezno strukturirano radno vrijeme umjesto da se godine nastojanja uvođenja reda skupinr altruista u PZZ odjednom bace u vodu u vidu kaosa koji bi nastao da liječnik izlazi na poziv i ocjenu pacijenata koji nisu medicinske struke u bilokoje doba radnog vremena. Pacijentu u konačnici većinom nisu zdravstveni djelatnici, oni moraju dobit kvalitetnu zdravstvenu skrb ali nemaju kompetencije za prosudbu što je hitnoća i besmisleno je stvarati zakonske okvire za takvo nešto. Statistike su pokazale koja su područja interesa novih naraštaja mladih liječnika i bilokakve represivne mjere i pogoršavanje već dovoljno narušenih uvjeta rada sigurno neće stvoriti dobro ozračje i motivaciju za bavljenje tim poslom. Od ranije postoje učinkoviti preventivni programi koji bi trebali biti među glavnim područjima djelovanja obiteljskih liječnika, a reformom bi trebalo biti omogućeno da se stvore vremenski okviri za bavljenje kvalitetnom prevencijom. Umjesto prisiljavanja ljudi koji se ne žele baviti obiteljskom medicinom trebalo bi raditi na motivaciji onih koji to žele. Iako degradirana obiteljska medicina je kompleksan posao u koju mladi ljudi uđu bez ikakvog iskustva a na njih se stavljaju velike odgovornosti i tu zadobiju već prve traume i gubitke motivacije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
61	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO smatram diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i prosljediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

62	<p>Sonja Kulhavi NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 152 o kažnjavanju liječnika: U trenutku kadrovske i sveopće devastacije obiteljske medicine uvode se u Zakon represivne kazne koje će dovesti u pitanje profesionalnu i osobnu egzistenciju kadra koji treba biti nositelj zdravstvene zaštite u ovom sustavu koji sve manje prepoznaje važnost rada tih istih liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
63	<p>Ivana Orlić Neretljak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza: u tom smislu predlažem izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu med. skrb niti je to njegov posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
64	<p>Ivana Orlić Neretljak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 152 o kažnjavanju liječnika: U trenutku kadrovske i sveopće devastacije obiteljske medicine uvode se u Zakon represivne kazne koje će dovesti u pitanje profesionalnu i osobnu egzistenciju kadra koji treba biti nositelj zdravstvene zaštite u ovom sustavu koji sve manje prepoznaje važnost rada tih istih liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
65	<p>Ivana Orlić Neretljak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO smatram diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i prosljediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

66	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Opsežna administracija, prevelik broj pacijenta po timu, nejasni i nedefinirani normativi, nerealne cijene usluga, odrađivanje svojeg godišnjeg odmora, kažnjavanje od strane ugovornog partnera HZZO-a svakako su sve samo ne stimulatívni za dolazak mladog kadra u PZZ osobito obiteljsku medicinu a također krajnje frustrirajuće za oni koji rade u sustavu. Ovim nacrtom ne vidim nikakve pomake na bolje bilo za one koji rade ili one koji su korisnici sustava. Ne odredi li se košarica usluga i jasno definiraju prava ali i obveze znatnijeg poboljšanja neće biti,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
67	<p>Marija Gluhak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Opsežna administracija, prevelik broj pacijenta po timu, nejasni i nedefinirani normativi, nerealne cijene usluga, odrađivanje svojeg godišnjeg odmora, kažnjavanje od strane ugovornog partnera HZZO-a svakako su sve samo ne stimulatívni za dolazak mladog kadra u PZZ osobito obiteljsku medicinu a također krajnje frustrirajuće za oni koji rade u sustavu. Ovim nacrtom ne vidim nikakve pomake na bolje bilo za one koji rade ili one koji su korisnici sustava. Ne odredi li se košarica usluga i jasno definiraju prava ali i obveze znatnijeg poboljšanja neće biti,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
68	<p>Davorka Došen Mrak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Prijedlog Zakona o obaveznom Zdravstvenom osiguranju nagalask je na jačanju PZZ, ali bez i jednog predloženom stimulatívnog elementa. Nema prijedloga o rasterećenju od administriranja, nema dodatnog člana tima, nema naznake o smanjenju osiguranika u timu, trajnih edukacija, ništa od konstruktivnih prijedloga za struku niti boljitak za pacijente. Drakonske kazne za njege, putne naloge i bolovanja otjerat će i ove preostale liječnike u sustavu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
69	<p>JELENA BULJAT MIKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Želim biti obiteljski liječnik kako to priliči, a ne da radim sve drugo osim ono što spada u moj posao. Maknite nam svu aministraciju koja nas bespotrebno zatrpava, nju neka preuzme osiguravajuća kuća. Također ne razvlačite nas na radilišta kao što su HMP i OHBP jer se nismo zato školovali i ne možemo krpiti svaku rupu, a dodše ima ih previše. Maknite represivne metode i silna kažnjavanja. Radije stimulirajte ljude da ostanu i dostojanstveno rade svoj posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

70	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Pod hitno maknite administraciju iz PZZ!! Dajte nam da radimo svoj posao! Ne zanimaju nas potvrde, bolovanja, putni nalozi, ispričnice, doznake za kojekakva pomagala, bolovanja itd. Mi smo LIJEČNICI, a NE ADMINISTRATORI!! Školovali smo se da bismo prevenirali, liječili, rehabilitirali, a ne administrirali, slali kojekakva izvješća svakome tko se toga sjeti i krpali rupe kojekuda! NEMA TKO RADITI U PZZ!! Ambulante su prazne, mjesecima se nitko ne javlja na natječaje, mi preostali radimo duple, idemo u prekorade i radimo 13h dnevno s dvije pauze od po pola sata koje ni ne stignemo koristiti! Gušimo se u poslu, u brzini radimo greške i to mi koji smo iskusniji i sa specijalizacijom, a zamislite tek mlade liječnike u tom kaosu! Naravno da nitko ne ostaje u PZZ! Dajte se više probudite i slušajte struku! Administraciju neka preuzme osiguravajuća kuća, ne trpajte nas preostale u HMP i OHBP jer se nismo zato školovali, ukinite kažnjavanja, stimulirajte ljude da ostanu, dajte zainteresiranima specijalizacije iz primarne čim prije! Postoje normativi, standardi i nadstandardi, struka je već sve pripremila, prihvatite da struka i ljudi s terena znaju što se događa i daju vam konkretna rješenja, prestanite nas sve gurati u propast! Dajte ljudima izbor da postanu privatnici ili da ostanu pod DZ-om! Zar zbilja mislite da ćemo do mirovine biti pod nečijom čizmom?? Sustav nije pred krahom, sustav je već krahirao i sada skupljamo mrvice i grebemo rukama i nogama da to spojimo u jednu cjelinu, a to ne možemo vašim kozmetskim (ne)rješenjima! Uostalom, tko nas je i doveo do ove situacije nego šaka vladajućih koji gledaju vlastite interese i liječe se u inozemstvu pa im je ionako svejedno što će biti s hrvatskim zdravstvom?!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	--	---

71	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza Predlažm izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Mislim da nije primjereno da liječnik odbrojava kilometre po karti i oicjenjuje pravo na realizaciju putnih troškova kao niti da treba trpjeti nezadovoljstvo osiguranika zbog nemogućnosti konzumiranja istoga koji mu niti nemože realizirati jer je u "predmetu" treća strana. Potpuno je podmuklo od strane administracije da se izmakne iz rješavanja navedenih problema a iste podmetne medicinskim profesionalcima koji veze nemaju sa pravnim i ostalim općim aktima zavoda za zdravstveno osiguranje niti su ih kvalificirani tumačiti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
72	<p>HGK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Vezano u članak 34. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19) naša članica ističe sljedeće: Smatramo da ukoliko osigurana osoba želi kvalitetniju skrb (npr. bolje stentove, umjetna koljena ili kukove) treba imati mogućnost plaćanja razlike između standarda HZZO-a (utvrđenog u članku 33.) i željenog standarda ako ga ugovorna ustanova želi i može ponuditi (tzv. doplata za nad-standard). Prvo bi trebalo napraviti katalogizaciju svih usluga što bi bio temelj za uspostavu sustava nad-standarda, procjenu troškova i konačne odluke o razini usluge koja će bit pokrivena preko HZZO-a. Potražnja za nad-standardom zdravstvenih usluga trebala bi se pretežno kanalizirati preko dobrovoljnih (dodatnih) zdravstvenih osiguranja, a manje preko izravnih plaćanja „iz džepa“ građana (engl. out of pocket). Uloga i smisao dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i jest u tome da preuzme dio potražnje za zdravstvenim uslugama radi smanjenja opterećenja i pritiska na javno zdravstvo. Uvođenje dopune plaćanja za nad-standard potaklo bi potražnju za dodatnim osiguranjima te utjecalo na proširenje ponude. Na ovaj način bi se moglo utjecati na ostvarivanje nekoliko ciljeva. Osim stabilizacije financija i povećanja kvalitete zdravstvenih usluga, uvođenje sustava nad-standarda značajno bi doprinijelo uspostavi sustava ekonomskih cijena u zdravstvu. Npr. : - doplata za medicinski proizvod / implantat duljeg preživljenja / roka trajanja / većeg funkcionalnog opsega; - doplata za relevantni lijek po želji pacijenta; - smještaj u jednokrevetnoj sobi s kupaonicom i wc-om.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

73	<p>IGOR PERIŠA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Pustite nas da budemo liječnici, a kontrole bolovanja koje su nužne , preuzmite u obliku Liječničkih povjerenstava Zavoda koja su savršeno funkcionirala u nedavnoj prošlosti. Povećajte broj liječnika , donesite jasne normative inače ćete ostati i bez ovo malo ljudstva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
----	---	--

74 **Anita Brandalik**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
Dostupnost zdravstvene zaštite na razini SZZ je trenutno jedino izvediva ogromnim brojem prekovremenih sati i „rastezanjem“ osoblja koje je preostalo. Na primarnoj razini se to odražava ogromnim brojem dnevnih kontakata s pacijentima i isto takvim „rastezanjem“ preko svih zdravih granica. Potrebe su trenutno iznad mogućnosti onoga što broj zdravstvenih radnika, iako prenapregnut, može pokriti. Liste čekanja za većinu pregleda nisu uvjetovane manjkom dostupne opreme već manjkom radnika koji te pretrage provodi ili brojem pretraga koje HZZO pokriva za određeni period. Nije mi jasno kako netko misli dodatno sustav opteretiti preventivnim pregledima kad su liste za trenutne potrebe i akutna stanja nerealno dugačke. Tko će i kada odraditi te preglede? Dok se broj zdravstvenog osoblja ne udvostruči ili utrostruči ni trenutna usluga neće biti kvalitetna i sigurna, a kamoli da će se moći pokriti preventivni pregledi. Ako nemate ljudi u zdravstvu nema reforme zdravstva na svim razinama! U primarnu se prelila većim dijelom nepotrebna administracija koja oduzima vrijeme za preventivu, pa i kurativu, pregledi se iz primarne prelijevaju na hitnu medicinu i bolnički sustav i nitko ne može biti zadovoljan od pacijenta do liječnika i na primarnoj i na sekundarnoj razini. Bez normativa o broju pregleda kako na primarnoj tako na sekundarnoj razini sustav se može opteretiti do određene razine koju smo već neko vrijeme visoko prešišali. Napravite psihološko testiranje svih zdravstvenih radnika u sustavu pa ćete vidjeti o čemu pišem. Očekivati da će ti isti ljudi moći podnijeti još više opterećenja je vrlo naivno i pokazuje samo da se donositelji prijedloga oglašuju na sugestije s terena, a nije da ti ljudi šute i ne predlažu poboljšanja. Planiranje broja liječnika je debelo u minusu već 20 godina i ne znam kako će se to trenutno moći riješiti drukčije nego uvozom radne snage i hitnim povećanjem broja studenata za naredne godine. Povrh svega nalaženje rješenja kako postojeće radnike i buduće zadržati da ostanu u sustavu. Sigurna sam da to nikako ne može biti prijetnja kažnjavanjem, borba za pravilno vođenje prekovremenih sati i bilo kakvo dodatno radno opterećenje. Potrebni su normativi oko broja pregleda, broja telefonskih konzultacija, broja e-mailova, broja dana koje koja dijagnoza bolovanja nosi i jasne norme pod kojim uvjetima bolovanja moraju biti zatvoreni. Ako nema normativa za navedeno stavljate liječnike na vjetrometinu da po nečijoj slobodnoj procjeni mogu biti drastično novčano kažnjeni. Postavljam pitanje koja normalna mlada osoba želi doći raditi u takav sustav i koliko će dugo izdržati još oni koji trenutno u njemu rade da se ne razbole ili također odu iz Hrvatske? Meni to iz pozicije liječnika više liči na anti-reformu. Da sažmem, povećajte broj ljudi poštenim i ljudskim radnim uvjetima, donesite jasne normative inače ćete ostati i bez ovo malo ljudstva, a bez njega je ova reforma samo mrtvo slovo na papiru.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

75 **Ivančica Topličan Adžić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
- Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe predlažem da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu predlažem izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.
2. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke.
3. Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO smatram diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu. 4. Komentar na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO predlažem da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana protoka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja."

Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. predlažem da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. predlažem da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ

76

HUZPP**NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

S obzirom da je Ministarstvo zatražilo konstruktivnu kritiku, onda sa pravom kao jedini koji imaju uvid u prave probleme pacijenata, temeljene na znanstvenom istraživanju (<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-021-00714-3>) Iznosimo slijedeće: Mišljenja smo da postojeći prijedlog reforme od strane Ministarstva zdravstva nije primjeren modernoj medicini, a niti će pridonijeti rješavanju glavnih problema pacijenata. Stoga smatramo i predlažemo novi pristup zdravstvenom sustavu jer sama reforma nije dovoljna. Promjene treba ustrojiti i provesti na 3 razine: u odnosu na sustav, pacijente i zdravstvene djelatnike. U odnosu na sustav • Neophodno je riješiti liste čekanja! Potrebno je ostvariti refundaciju troškova pacijentu za usluge obavljene u privatnim zdravstvenim ustanovama u iznosu koliko to košta u javnoj ustanovi. Na taj način se smanje liste čekanja, te spriječi sukob interesa liječnika koji rade privatno i javno. • Informatizacija Narudžbe pacijenata putem sustava e-građanin (pacijent sam bira, mjesto, datum, vrijeme) • Pravno na inovacije Omogućavanje potpune zdravstvene zaštite u drugim zemljama EU • Javna nabava koja jamči uštedu Sve ustanove moraju imati javnu nabavu po istim pravilima i transparentnosti • Spajanje zdravstvenih ustanova Prevelik broj bolnica (Svi rade sve , a bez praćenja kvalitete i ishoda“ • Promjena načina izdvajanja za zdravstvo (osiguranici sa izdavanjem 16,5 % što nije mali novac, ne mogu ostvariti svoja prava) U odnosu na pacijente: Neophodno je donošenje zakona o pravima i obavezama pacijenata! (Izostavljen u nacrtu prijedloga Ministarstva) • Obavezno provođenje edukacije za zdravstvene djelatnike u svim javnim ustanovama • Dostupnost liječnika pacijentima- obavezan email za konzultacije • Uključivanje pacijenata u zajedničko donošenje odluka o liječenju • Razvijene komunikacijske vještine između pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenata • Poticanje odgovornog ponašanja pacijenata • Svaka zdravstvena ustanova mora imati „medijatora“ osobu kojoj pacijenti mogu uputi pritužbe • Evaluacija liječenja (ispunjavanje anketnog upitnika zadovoljstva pacijenata) po čemu se kreira zdravstvena politika U odnosu na zdravstvene djelatnike • Omogućen rad zdravstvenim djelatnicima privatno i javno • Elektronska evidencija rada u javnom sustavu • Sustav nagrađivanja najboljih medicinskih praksi te sustav sankcija za nesavjesno liječenje • Omogućavanje napredovanja po kompetencijama Zaključno, s obzirom da pacijent nema mogućnost nadoplatiti dodatne usluge, npr. Ako na porodu želi baš određenog specijalista, treba omogućiti da se kroz sustav to može nadoplatiti, ako toga nema otvara se put korupciji i plćanju na crno. Treba omogućiti sve nadoplate po željama pacijenata, a mogućnosti zdravstvene ustanove.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

77	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Članak 152 leđi krv u žilama onih koji rade u PZZ! Niti sam motivirana ostati u PZZ niti ću imati više slobodan, partnerski i povjerljiv odnos s pacijentom jer će mi nad glavom biti jedina misao KAZNA!!! Prestanite uništavati PZZ!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
78	<p>Vesna Potočki-Rukavina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Komentar na članak 152 o kažnjavanju liječnika je skandalozan. U trenutku očite kadrovske i sveopće devastacije obiteljske medicine uvode se u Zakon represivne kazne koje će dovesti u pitanje profesionalnu i osobnu egzistenciju kadra koji treba biti nositelj zdravstvene zaštite u ovom sustavu koji sve manje prepoznaje važnost rada tih istih liječnika. Znači ,liječnik obiteljske medicine(kao i ginekolog u PZZ) bit će kažnjen ako" neopravdano" otvori bolovanje svom pacijentu, predugo ga drži na bolovanju ili mu prerano zatvori bolovanje. I o svemu tome donijet će odluku "kontrolor" Zavoda u jednokratnom dolasku u kontrolu tog istog bolovanja. I PO SVOJOJ PROCJENI KAZNIT ĆE LIJEČNIKA DO 2660 eura?? A da sve bude bolje u Zakonu već postoji odredba o nadoknadi štete ,a sada i to nije dovoljno pa se uvode i drakonske kazne koje uveliko nadmašuju i mjesečne prihode tih istih liječnika. Pitam se tko će ostati u sustavu i s takvim svakodnevnim pritiskom i pod prijetnjom kazni raditi tako odgovoran posao .Mlade kolege zasigurno neće to motivirati za rad u PZZ-e na koje ova kvazireforma računa. Pobjeći će glavom bez obzira! Gdje su prijedlozi struke o ponovnom uvođenju Liječničkih povjerenstava koja su u nedalekoj prošlosti dobro funkcionirala?? Zašto se taj ogromni teret bolovanja s liječnika ne prebaci na osiguravatelja čiji su ti isti pacijenti osiguranici. U svim normalnim i uređenim sustavima to je tako? Liječnik-pacijent gaje odnos povjerenja i partnerstva i u slobodnom odlučivanju o zdravlju i potrebama pacijenta nad glavom liječnika nesmije biti taj teret kazni pri donošenju odluka pri vještačenju bolovanje što zasigurno ne pridonosi tom međusobnom i specifičnom odnosu. LIJEČNIK U SVOM RADU MORA BITI SLOBODAN U SVOM ODLUČIVANJU bez tereta od kazni osiguravatelj.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

79	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Kao pacijent, smatram čl 153 neprihvatljivim u dijelu koji se odnosi na kažnjavanje pacijenta koji je na bolovanju, a kontrolor bolovanja , u jednokratnom posjetu, odluči da se ne pridržava uputa o liječenju (temeljem čega?). I do sada je Zavod mogao uskratiti nadoknadu plaće tijekom bolovanja osobi koja se ne pridržava uputa o liječenju ili otpuće iz mjesta prebivališta tijekom bolovanja i nema potrebe za dodatnim kaznama. Pri tome, tko može građanima RH uskratiti slobodu kretanja, pod prijetnjom novčane kazne, bili oni na bolovanju ili ne?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
80	<p>Tonći Buble NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Ovaj prijedlog izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (ZOZO) ne nudi značajnije reformske zahvate te je potpuno jasno kako isti neće dovesti do financijske održivosti zdravstvenog sustava, iako se to stalno ističe kao prioritetni cilj reforme. Bez prepoznavanja glavnih uzroka problema i definiranja odgovarajućih mjera, ne samo kako neće biti usporavanja rasta dugovanja u zdravstvenom sustavu, već će se rast troškova ubrzati, financijski deficit produbiti i održivost sustava još više narušiti. Da bi prijedlog bio reformski, u smislu osiguranja financijske stabilnosti, održivosti i kvalitete zdravstvenog sustava, morao bi biti usmjeren prema daljnjem razvoju postojećeg modela zdravstvenog osiguranja i boljoj provedbi zdravstvenih politika (npr. praćenje ishoda liječenja u politici lijekova). Dok svega 1/3 unutar ukupno osigurane populacije plaća doprinose (zaposleni) iz kojih se pretežito financira zdravstveni sustav (više od 80% prihoda), uz problem upravljanja unutar sustava, glavni uzroci financijske nestabilnosti sustava zdravstva RH su: - potpuni zastoj u razvoju postojećeg sustava zdravstvenog osiguranja nakon uvođenja osnovne i dopunske liste lijekova 2007. godine - nerješavanje problema oslobađanja od doplate ili plaćanja iste iz državnog proračuna, što u korelaciji sa postotnim sustavom definiranja prava dovodi do prebacivanja značajnih troškova na obvezno osiguranje (naime, svi troškovi oslobođenih, odnosno onih za koje plaća državni proračun, idu na teret obveznog osiguranja), a ujedno ne odvraća te osiguranike od korištenja skupljih usluga iako za istu terapijsku vrijednost postoje racionalnije mogućnosti - neodgovarajuća provedba mjera za posebno skupe bolničke lijekove kojima se uspješnije liječe određene bolesti, ali uz spornu farmakoekonomiku pojedinih lijekova, nedovoljno praćenje ishoda liječenja, nedostatak registara i kontrole opravdanosti uporabe, što dovodi do izrazito neracionalne potrošnje u odnosu na postignutu terapijsku vrijednost Da bi sustav bio financijski održiv pri trenutnoj razini potrošnje, potrebno je izdavanja iz proračuna povećati za nekoliko milijardi kuna godišnje, ili zaposliti 250-300.000 novih uplatitelja doprinosa, ili povećati izdvajanje iz doprinosa za</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

dodatnih 2% BDP-a, ili povećati policu dopunskog osiguranja na minimalno 170 kuna mjesečno (plaća ju oko 40% osiguranika). Takvi modeli povećanja prihoda nisu mogući ni društveno prihvatljivi, niti je postojeći sustav zdravstvenog osiguranja do kraja uspostavljen na način da može zadržati rashode na trenutnoj razini potrošnje. Stoga, u cilju stvaranja financijske održivosti zdravstvenog sustava i podizanja kvalitete potrebno je pokrenuti daljnji razvoj postojećeg modela zdravstvenog osiguranja na način da se prava osiguranika („košarica“) iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u što većem obimu, definiraju putem određivanja terapijskog standarda s referentnom cijenom standarda. Na takav način bi se (postepeno) postotni model određivanja prava i sudjelovanja osiguranika mijenjao u model osnovno+dopunsko – to je jedini model koji istodobno utječe na višu prihodovnu i racionalniju rashodovnu stranu. To se navodi i u Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine.

81	<p>Nataša Ban Toskić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>Prijedlog koji se odnosi na kažnjavanje izabranih liječnika, bilo zaposlenika doma zdravlja, bilo privatnih ugovornih liječnika, u čl 152 je skandalozan! Kažnjavanje liječnika radi bolovanja koja su pitijiski prebačena na leđa i punu odgovornost upravo obiteljskih liječnika (i pzz ginekologa) pod parolom "najbolje poznaju svoje pacijente i lako ih je kontrolirati"(liječnike) dovesti će do dodatnog osipanja liječničkog kadra. U Zakonu već postoji mehanizam "naknade štete", čemu ovo dodatn kažnjavanje u iznosima većim od mjesečne plaće liječnika? Što je ovo? Parapravosudni postupak? Nema mogućnosti žalbe, više komisije? Ovo mi izgleda kao kadija te tuži kadija te sudi. Da rezimiram: bolovanje otvara, vodi i zatvara izabrani liječnik temeljem svojih kompetencija, prvenstveno temeljem poznavanja pacijenta, njegove bolesti, psihosocijalnih okolnosti, radnog mjesta, obitelji; izabrani liječnik je osoba od posebnog povjerenja pacijentu, a za uspješno liječenje nužan je dobar i povjerljiv odnos sa pacijentom. Potom nastupa pojedinačni ovlaštenu doktor HZZO (tzv kontrolor) i u jednokratnom posjetu odlučuje da bolovanje nije otvoreno opravdano ili da predugo traje i potom izdaje rješenje da liječnik nadoknadi štetu HZZO (isplaćene plaće) + kaznu do 2660eura. Međutim, kontrolor može odlučiti (temeljem čega?) i da je liječnik zatvorio bolovanje u strahu od kazne iz stavka 2 i opet izreći istu kaznu. Tko može tako raditi i biti pravno i financijski siguran u ovakvim okolnostima? Liječnik se dovodi u nemoguću situaciju pravne i financijske nesigurnosti. Liječnik gubi svaku profesionalnu autonomiju. Dovodi se u pitanje gdje će biti fokus liječnikove pažnje, na svojoj vlastitoj nesigurnosti ili na pacijentu. Pacijent i liječnik umjesto partnera u liječenju postaju suprotstavljene strane. Zavod ističe da je Partner liječnicima. Na ovakav način - nije. Nije partner nego represivni aparat. Pustite nas da budemo liječnici, a kontrole bolovanja koje su nužne i neprijeporne preuzmite u obliku Liječničkih povjerenstava Zavoda koja su savršeno funkcionirala u nedavnoj prošlosti. Uključite specijaliste medicine rada u rad liječničkih povjerenstava i omogućite im izradu plana povratka na posao. Ne dozvolite da se obiteljska medicina raspadne do kraja i da naše ordinacije postanu mjesta neminovnih konflikata i agresije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
82	<p>Vitomir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU</p> <p>PROMJENITI NEPRAVEDAN I ŠTETAN MODEL DOPRINOSA (ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA NA RADU)</p> <p>Model osiguranja zaštite zdravlja na radu je zastario i više liči na plaćanje poreza nego na osiguranje. To je kao da obvezno osiguranje za automobil svi plaćaju jednako neovisno da su uzrokovali štetu ili ne. Stimulativnim mjerama nužno je dodatno poticati i nagrađivati poslodavce za ulaganje u zaštitu zdravlja i sigurnost na radu. U Hrvatskoj su troškovi</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravstvenog zbrinjavanja, bolovanja i manje produktivnosti također značajni. U raznim državama članicama EU, kreatori politike zaštite zdravlja i sigurnosti na radu i tijela za osiguranje pokušavaju poboljšati mjere prevencije na razini radnog mjesta nudeći ekonomske poticaje. U Hrvatskoj toga nema, već naprotiv. U 2018. godini u okviru tkzv. "porezne reforme" učinjene su i izmjene Zakona o doprinosima, kojima je namjenski doprinos od 0,5 za zaštitu zdravlja na radu ukinut, a ustvari je povećan ukupni doprinos za zdravstveno osiguranje, umjesto uvođenja modela praćenja uplata i rashoda za svakog poslovnog subjekta i primjene bonusa za one poslodavce koji više ulažu u prevenciju, smanjuju izdatke za posljedice ozljeda na radu i bolesti povezanih s radom. Takvo rješenje je kontraproduktivno, i usmjereno na „krpanje“ izdataka zdravstvenog sustava a ne na štednju i stimuliranje boljeg zdravlja na radu. I zato predlažem isto žurno promijeniti modelom „bonus -malus“. U okviru takvog modela između ostalog HZZO treba pojačati provedu mjera specifične zdravstvene zaštite na mjestima rada kod svih poslodavaca, te sufinancirati različite programe cjeloživotnog učenja, osposobljavanja i stručnog usavršavanja stručnjaka zaštite na radu, poslodavaca, ovlaštenika, povjerenika radnika za zaštitu na radu, specijalista medicine rada i psihologa, s ciljem jačanja prevencije sigurnosti i zdravlja na radu. Sada to čine o svom trošku određeni organizatori, manji dio poslodavaca ili samih pojedinaca, koji shvaćaju koliko je to potrebno i važno. Dakle, to treba biti interes i zadatak osiguravatelja, u ovom slučaju HZZO. I to Vlada mora shvatiti i provesti. A da bi to bilo tako, potrebno je redefinirati sastav Nacionalnog vijeća za zaštitu na radu, da bi ono odista bilo korisno kao savjetodavno tijelo Vlade, kako to Zakon o zaštiti na radu i određuje, na čelu tog tijela treba biti stručna osoba s odgovarajućim referencama, jer tu nema mjesta za političare općeg tipa, budući se ne radi o nekakvom počasnom mjestu ili mjestu koje se stječe po položaju. U prilog svemu prethodno navedenom govori i slijedeće: Na 110. redovitom zasjedanju Međunarodne konferencije rada održanom u lipnju ove godine usvojena je rezolucija kojom je sigurno i zdravo radno okruženje uvršteno među temeljna načela i prava u području rada (uz već postojećih osam). Konvencija 155. govori o izradi nacionalne politike zdravlja i sigurnosti na radu zajedno sa sindikatima i organizacijama poslodavaca, a Konvencija 187. govori o promicanju „stalnog poboljšanja sigurnosti i zdravlja na radu kako bi se spriječile ozljede na radu, bolesti i smrti“. U potpunosti su obvezu ratifikacije obje konvencije ispunile Španjolska, Belgija, Portugal, Švedska, Češka, Slovačka, Danska, Finska, Slovenija, Luksemburg i Cipar. Obje konvencije nisu ratificirale Italija, Poljska, Rumunjska, Bugarska, Litva, Estonija i Malta, dok su jednu, ali ne i drugu konvenciju ratificirale Njemačka, Francuska, Nizozemska, Grčka, Austrija, Mađarska, Hrvatska, Irska i Latvija. Hrvatska nije ratificirala Konvenciju 187, koja se odnosi na promicanje „stalnog poboljšanja sigurnosti i zdravlja na radu kako bi se spriječile ozljede na radu, bolesti i smrti“. Zamjenik glavnog tajnika

ETUC-a (Europske konfederacije sindikata) Claes-Mikael Stahl istaknuo je: "ETUC poziva 16 država članica koje nisu ratificirale jednu ili obje konvencije, da pokažu predanost tome da svijet učine boljim mjestom. Iskreno, sramotno je i neugodno da sve države EU-a ne podupiru pokušaje međunarodne zajednice da zdravlje i sigurnost na radu učine temeljnim svjetskim pravom. Nepodupiranje zdravog i sigurnog rada u ostatku svijeta u konačnici potkopava zdravlje i sigurnost u Europi. Učiniivši zdravlje i sigurnost na radu temeljnim pravima, MOR je osigurao odgovornost tvrtki za zdravlje i sigurnost na radu u svojim opskrbnim lancima u skladu sa svim zakonima o „dužnoj pažnji“ ili „održivom korporativnom upravljanju“, kao što je onaj koji je predložila EU“. Nadajmo se da će Hrvatska žurno ispuniti ovu važnu obvezu, tim prije što aktualni pokazatelji, demografski i drugi trendovi ukazuju koliko je to važno za dobrobit radnika, njihovih obitelji, društvene zajednice, održivost i stabilnost zdravstvenog i mirovinskog sustava, te gospodarski rast i razvoj. Isto se odnosi i na obvezu konačnog donošenja podzakonskih propisa nakon više od 8 godina nečinjenja, kao i na nužnost dopune i usklađivanja Zakona o zaštiti na radu i određenih drugih propisa. Istodobno i aktualne odredbe o izmjenama i dopunama Zakona o radu koje su u saborskoj proceduri (rad od kuće, rad na izdvojenom mjestu rada, dopunski rad, pravo na isključenje nakon radnog vremena, platformski rad, rad putem agencija) moraju biti prije svega usklađene sa mjerama sigurnosti i zdravlja na radu. Kako je najavljena i „reforma zdravstva“, a u e-savjetovanju su i zakoni o zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti, prilika je za promjene u sustavu osiguranja zdravlja na radu uvođenjem modela „bonus-malus“, te stvaranju potrebnih uvjeta za unapređenje rada medicine rada. Pozitivan i proaktivan odnos prema sigurnosti i zdravlju na radu, kao temeljnom ljudskom i radnom pravu obveza je svih države, poslodavaca, rukovoditelja na svim razinama, stručnjaka i zdravstvenih radnika, sindikata, radničkih vijeća, odbora za zaštitu na radu i naravno samih radnika. Zato je osobito značajno uspostaviti i razvijati kulturu sigurnosti i zdravlja na radu, informiranjem i kontinuiranom edukacijom. Poslodavci plaćaju u okviru ukupnog zdravstvenog doprinosa i dio koji se odnosi na zaštitu zdravlja na radu radnika, i taj dio mora biti transparentan u iskazu prihoda i rashoda, te pravičan, te dijelom namijenjen kao što je prethodno rečeno edukaciji. Prema članku 22. Zakona o zaštiti na radu „Poslodavac je obavezan omogućiti stručnjaku zaštite na radu stručno usavršavanje iz zaštite na radu i snositi troškove toga osposobljavanja“. Nadalje člankom 29. Zakona određeno je da se „Poslodavac, odnosno njegov ovlaštenik moraju biti osposobljeni i moraju se stručno usavršavati iz područja zaštite na radu“, a obveza je osposobljavanje ovlaštenika i povjerenika radnika za zaštitu na radu provoditi tijekom radnog vremena o trošku poslodavca“. Cjeloživotno učenje, osposobljavanje i stručno usavršavanje u području sigurnosti zdravlja na radu nema alternative, i zato treba biti standard koji primjenjuju svi poslodavci potičući i omogućavajući

	<p>svojim zaposlenicima koji djeluju u ovom području stjecanje novih znanja i vještina. Ulaganje u znanje , u prevenciju sigurnosti i zdravlja na radu , najbolji je način višestrukog povrata uloženog i zauzimanja za dobrobit radnika.</p>	
<p>83</p>	<p>Ivana Maltašić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Sam ministar je na presici istaknuo kako je osnovni cilj ojačati primarnu zdravstvenu zaštitu. Ovim "hitnim" promjenama zakona dovodi se obiteljska medicina još bliže rubu propasta, broj obiteljskih liječnika stalno opada (kroz koju godinu bi sustav moglo napustiti gotovo 950 liječnika, a sigurno ih toliko neće doći raditi u OM) , specijalizacije se ne raspisuju, administracije je sve više, agresivnosti pacijenata u ordinacijama se povećava, nezadovoljni su i liječnici i pacijenti. Dnevno opterećenje se višestruko povećalo, nema košarice usluga, samo se spominju kazne, kažnjavanja liječnika za bolovanja, za propisivanje njege, lijekova.... Obiteljska medicina nikako nije popularna među studentima, rijetko tko želi u obiteljsku (oni koji i rade ordinacije nakon nekog vremena se ipak predomisle jer su godinama na zamjenama, leteći, bez mogućnosti specijalizacije pa i takvi odu dalje). Liste čekanja su sve duže i duže, za bolesti kod kojih je nužno započeti odmah liječenje se dijagnostika čeka po 6-12mj. Pacijenti su zakinuti za kvalitetno vrijeme provedeno sa liječnikom, mi u OM imamo prosječno 3 min po pacijentu- jel to dovoljno za liječiti DM, HA, za pregledat dijete, pružiti utjehu, otkriti na vrijeme neku od bolesti?? Jednako tako osnovne plaće liječnika u PZZ i SKZ nisu iste, potrebno je izjednačavanje koeficijenata na svim razinama. Ukinuti monopol HZZO., ukinuti svu nepotrebnu administraciju (zašto bi netko tko ima završen fakultet u trajanju 6 godina i specijalizaciju u trajanju 4 godine prebrojavao kilometre i određivao ima li netko pravo na PN - to može i netko za završenom srednjom ekonomskom školom!). Imam još oho godina do mirovine, ali ovakvim ignoriranjem vodećih koji predlažu zakone i izmjene zakota, te isključivanjem struke u kreiranju zakona, tjerate mlade a i nas starije da potražimo bolju budućnost u zemljama koje cijene svoje liječnike.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>84</p>	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Naknada plaće zbog privremene nesposobnosti za rad osiguranicima koji ostvaruju uvjete za mirovinu - prijedlog ovog Zakona je usmjeren na racionalizaciju troškova - kako ova mjera tome pridonosi?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

85	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Osnovne i dopunske liste lijekova i pomagala i postoje samo s obzirom na oblik izdavanja lijeka ili pomagala/medicinskog proizvoda. Uglavnom su to jedinstvene liste. Što se ovime konkretno mijenja? Hoće li na taj način svi lijekovi i sva pomagala imati isti način izdavanja?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
86	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Uvođenje mogućnosti iznimnog upućivanja na liječenje osiguranih osoba neugovornim pružateljima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj - Republika Hrvatska je dio Europske unije. To smo željeli, to imamo. Unutar EU postoji slobodna razmjena ljudi, usluga i novca pa vjerujem da se ovo ne može propisati dekretom, a da se ne smatra pogodovanjem privatnim pružateljima zdravstvenih usluga. Koja je garancija da su usluge zdravstvene zaštite koje nisu dostupne u javnom sustavu zdravstva jeftinije ili cjenovno jednake onima u zemljama EU, a o standardima kvalitete i sigurnosti pacijenata da ni ne govorimo. Osim toga, Republika Hrvatska je preuzela obveze u razvijanju prekogranične zdravstvene zaštite, pa ne vidim kako ta mjera pridonosi istoj.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
87	<p>Dominik Tomislav Vladić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU S obzirom na udio poreza u bruto plaći zdravstveno u potpunosti treba biti besplatno svima. Pljačku koju provede pojedinci ne trebaju i ne smiju plaćati građani. Podjela na osnovno i dopunsko je bio prvi korak prema stvaranja sloja građana koji ne vrijedi ništa i onoga koji može imati sve. Jedno od rješenja i bolja regulacija plaća ili usklađivanje postojećeg modela s plaćama. Tako npr. ako je neka plaća menadžerska, onda treba imati i "menadžersko" dopunsko osiguranje iznosom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
88	<p>Vitomir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU HZZO kao osiguravatelj mora osiguraniku osigurati dostupnost zdravstvene usluge u primjerenom roku budući se radi o zaštiti i očuvanju zdravlja, kao posebnog društvenog interesa i osnovnog ljudskog prava. I to može učiniti u županijskim, državnim ili privatnim zdravstvenim ustanovama, odnosno tamo gdje će osiguranik temeljem svojeg osiguranja i uputnice – vaučera dobiti potrebnu kvalitativnu i brzu uslugu. Ustanova koja izvrši uslugu ima osnovu ispostaviti osiguranju fakturu i naplatiti obavljeni posao. Sada odnosno dugi niz godina to nije tako, a svi dosadašnji pokušaji i najave rješavanja tog problema nisu polučili pozitivne rezultate.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

89	<p>Darko Kusanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Iz osobnog iskustva mogu posvjedočiti da ogroman broj lijekova, pri čemu su za potrebe ovog zakona relevantni oni koje financira HZZO, ostaje neiskorišten te se baca uslijed promjene ili prestanka terapije. U vidu toga, bilo bi dobro da se osmisli sustav koji će građane poticati da vraćaju lijekove koje nisu iskoristili, kako bi iste mogao netko drugi upotrijebiti. Naravno, takav sustav bi morao onemogućavati bilo kakvo krivotvorenje lijekova te osiguravati da lijekovi koji se vraćaju budu sigurni i učinkoviti za korištenje kao kada su izdani. On kao takav ne bi bio primjenjiv na sve lijekove i sve njihove oblike, ali nema razloga ne uvesti ga u odnosu na pojedine lijekove kod kojih bi to bilo tehnički izvedivo. I zdravstveni sustav i sami građani/pacijenti ostvarili bi uštede njegovom primjenom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
90	<p>Vitimir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU Vezano uz ovaj prijedlog izmjena i dopuna zakona potrebno je ukazati na određene probleme koji se ne spominju a usko su vezani uz propise, a prije svega za potrebu radikalne promjene u radu. U povodu prisjećanja na preminule radnike i pokretanja kampanje „Bez smrtnih slučajeva do 2030.“, Europska konfederacija sindikata u svojem proglasu između ostalog upozorava, poziva i ističe: Svaki dan diljem Europske unije 12 radnika/ica ne vrati se kući s posla jer su umrli na poslu. Umjesto da od njega žive, posao ih ubija, a njihove obitelji pate emotivno, financijski i na mnoge druge načine. Oko 100.000 radnika/ica umre svake godine zbog raka uzrokovanog na poslu izloženošću opasnim tvarima. Dugi radni sati i psihološki pritisak na poslu uzrokuju srčane bolesti, moždani udar, depresiju i samoubojstvo. Opterećujući poslovi, ponavljajući pokreti i podizanje teških predmeta uzrokuju bolove u leđima i druge poremećaje mišićno-koštanog sustava te posljedično uzrokuju depresiju i nesposobnost obavljanja posla. Novi izazovi za zdravlje i sigurnost pojavljuju se zbog ekstremnih vremenskih uvjeta i temperatura te klimatskih promjena; novih oblika rada izvan tradicionalnih radnih mjesta kao što je ubrzano rastući rad od kuće i platformski rad. COVID je pokazao kako je radno mjesto glavni izvor zaraze i doveo je do smrti puno tisuća radnika/ica te dokazao da na poslu i drugdje moramo biti bolje pripremljeni za buduće pandemije. Pozivamo Europsku uniju, države članice i poslodavce da se iskreno posvete i poduzmu potrebne aktivnosti kako na radnim mjestima ne bi bilo smrtnih slučajeva. Europa treba više akcije, a manje priče. To znači usklađeni zajednički napor za: • Prevenciju nesreća na radu i profesionalnih bolesti, zaustavljanje izloženosti opasnim tvarima uključujući one koje uzrokuju rak te spremnost za pandemiju, • Uzimanje fizičkog i mentalnog zdravlja kao početne točke kod organiziranja rada i oblikovanja radnog mjesta. Navedeno će zahtijevati aktivnosti na EU,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

nacionalnoj i sektorskoj razini te razini poslodavaca, uz zakonodavne i druge inicijative koje uključuju sindikate i poslodavce; uključujući povećanu edukaciju, osposobljavanje, nadzor prevencije, zaštitu, izvještavanje, inspekciju, provedbu i kazne". Biti zdrav na radnom mjestu ne odnosi se samo na fizičko stanje, nego i na mentalno zdravlje i dobrobit radnika", rekao je povjerenik Europske komisije za zapošljavanje i socijalna prava Nicolas Schmit. Poznato je da određena izlaganja na radnom mjestu pridonose razvoju ili napredovanju bolesti, uključujući: opasne tvari, kao što su kemikalije i biološki agensi, zatim, karcinogene tvar; zračenje , uključujući ionizirajuće zračenje i sunčevo ultraljubičasto zračenje; fizičke čimbenike, uključujući vibracije , buku , ručno podizanje i rad koji uključuje dugotrajno sjedenje; psihosocijalne čimbenike i organizaciju rada, kao što su noćni i rad u smjenama te stres. Važno je pažljivo pratiti rizike povezane s takvim oblicima izloženosti i njihovom međusobnom kombinacijom te s promjenjivim obrascima rada, kako bi se poduzimale odgovarajuće mjere prevencije, iz čega je razvidna uloga zdravstva i mjere prevencije. Prema podacima Europske agencije za sigurnost i zdravlje na radu (EU OSHA) rak je glavni uzrok smrtnih slučajeva povezanih s radom u EU-u: 52% smrti povezanih s radom na godišnjoj razini trenutačno se pripisuje raku povezanom s radom, dok se 24% pripisuje bolestima krvožilnog sustava, 22% drugim bolestima i 2% ozljedama. Broj oboljelih od raka u svijetu i Republici Hrvatskoj u stalnom je porastu. Rak je vodeći javnozdravstveni problem u Republici Hrvatskoj. Svake godine dijagnosticira se više od 23.500 novooboljelih. U posljednjih se 15 godina godišnje u prosjeku dijagnosticira 11.760 slučajeva invazivnog raka kod muškaraca te 10.150 kod žena. Potrebno je aktivno djelovati na provedbu mjera iz Nacionalnog plana protiv raka 2020.-2030. i učiniti poveznicu između radnih i životnih uvjeta. Na problem trenda rasta broja radnika s akutnim ili kroničnim bolestima u prostorijama ili na prostorima poslodavaca te teškim ozljedama i smrtnim ishodima, u svojem izvješću za 2018. godinu upozorio je Inspektorat rada te zatražio od ministarstava nadležnih za rad i zdravlje da poduzmu odgovarajuće mjere za smanjenje ovih pojava, ali prema dostupnim informacijama reakcija je izostala. Zdravstvene probleme do kojih dolazi zbog rada trebalo bi prepoznati kao usporene nesreće koje često imaju jednako teške, a ponekad čak i teže posljedice od mnogih uobičajenih nesreća. Problemi sa zdravljem obično se : razvijaju postupno, teško ih je uočiti, dugotrajni su, teško je utvrditi njihov uzrok, često nisu službeno dijagnosticirani. U Hrvatskoj je u razdoblju od 2018.-2021.g. smrtno stradalo na radu 215 radnika od čega je njih čak 90 preminulo na radnom mjestu !!! Zašto ? Očekivalo bi se da ministri zdravstva i rada sjednu i analiziraju ovaj negativni trend, ali i poduzmu odgovarajuće aktivnosti. Pojedina predložena rješenja u nacrtu prijedloga izmjena i dopuna Zakona o radu (upravo u Hrvatskom saboru I čitanje) nedovoljno vode računa o sigurnosti i zdravlju na radu (rad od kuće, rad na izdvojenom mjestu rada, dopunski rad, prekovremeni

rad, platformski rad,...), i zato je potrebno sagledavati područje rada i zdravlja kao nezaobilaznu i usko povezanu cjelinu. Predloženi sistematski pregledi su dobri ali rana prevencija je najvažnija, pri čemu sami zakoni ne smiju zaobilaziti taj osnovni princip. Primjera radi, rad s računalom, u usporedbi s nekim drugim poslovima, možda se čini sigurnim, s obzirom da je mala vjerojatnost izravnog ozljeđivanja, no pokazalo se da može izazvati različite probleme i zdravstvene poteškoće. Najčešći problemi koji se javljaju kod osoba koje puno vremena provode za računalom su: bolovi u leđima, uzrokovani dugotrajnim sjedenjem i nepravilnim držanjem tijela; ukočenost vrata, uzrokovana neprilagođenim položajem zaslona (kad je zaslon postavljen previsoko ili prenisko, ili ako je smješten tako da glavu moramo okrenuti lijevo ili desno prilikom gledanja zaslona); problemi s vidom, uzrokovani prekomjernim naprezanjem očiju i neprilagođenim zaslonom; glavobolja, uzrokovana dugotrajnim gledanjem u zaslon i nepravilnim položajem vrata; bol u dlanovima i zapešću zbog ponavljanja istih pokreta pri predugom radu s mišem i tipkovnicom, prilikom čega se koriste isti mišići, živci i tetive (npr. sindrom karpalnog tunela). Europski gospodarski i socijalni odbor, kao savjetodavno tijelo Europske unije, zauzelo je stajalište da je potrebno osigurati da rad na daljinu bude dobrovoljan, da isti treba urediti u pisanom obliku i prema potrebi poduzeti posebne mjere kako bi se djelotvorno osigurala prava radnika na daljinu te jednako postupanje kao i prema drugim radnicima, posebno u pogledu zdravlja i sigurnosti na radu. Nisu uočene u tom djelu aktivnosti sustava zdravstva kad je u pitanju oblikovanje radnog zakonodavstva, pa je vrijeme do II čitanja da se to učini. U mnogim državama članicama EU povećavaju se izostanci, nezaposlenost i broj zahtjeva za dugoročnu nesposobnost za rad zbog stresa i problema mentalnog zdravlja na radu. Prema nekim procjenama, posebno bi depresija mogla postati najčešći uzrok bolovanja u Europi. Pretpostavka je da Hrvatska nije izuzetak. Potreban je zajednički napor poslodavaca, radnika i društva na poboljšanju zdravlja i dobrobiti ljudi na radnom mjestu. To se postiže poboljšanjem organizacije rada i radnog okruženja, poticanjem zaposlenika na aktivno sudjelovanje u aktivnostima zaštite i promocije zdravlja, izborom zdravog načina života i promicanjem osobnog razvoja. Usprkos okolnostima da Hrvatska još uvijek nema Nacionalnu strategiju zaštite mentalnog zdravlja budući je prethodna za razdoblje od 2011. do 2016., istekla, a nova još nije donesena (e-savjetovanje o nacionalnom planu završeno još u lipnju a nema izvješća niti daljnje aktivnosti), polazeći od činjenice da nema zdravlja ako nema mentalnog zdravlja, potrebno je i na tom području djelovati. Rizici za mentalno zdravlje i dobrobit mogu potjecati iz brojnih izvora, koji uključuju izvore povezane s radnim mjestom. Široki je raspon pitanja koja mogu pridonijeti problemima i poremećajima mentalnog zdravlja. Izvori rizika na radnom mjestu mogu biti :priroda posla, opseg posla i tempo rada, raspored rada, kontrola, okruženje i oprema, organizacijska kultura i funkcija, međuljudski

odnosi na radu, i uloga u organizaciji, razvoj karijere, nasilje i bullying. Više o tom problemu na <https://osha.europa.eu/en/highlights/new-eu-survey-reveals-workplace-stress-rise-europe-covid-19>

Krajem prošle godine u usvojenom Nacionalnom planu za rad, zaštitu na radu i zapošljavanje, nije vidljiva programska sinergija i koordinacija institucija u području rada i zdravstva u djelovanju na prevenciji rizika na radu, sprječavanju profesionalnih i drugih bolesti povezanih s radom, a što je važno upravo iz razloga potrebe očuvanja mentalnog zdravlja radne populacije, a time i očuvanja radne sposobnosti i dužeg radnog vijeka. Navedeno upućuje na potrebu da se taj dokument i njegov akcijski plan značajno dopune u suradnji ministarstava nadležnih za rad i zdravstvo, s mjerama na prevenciji i očuvanju zdravlja na radu, što uključuje i mentalno zdravlje. Model osiguranja zaštite zdravlja na radu je zastario i više liči na plaćanje poreza nego na osiguranje. To je kao da obvezno osiguranje za automobil svi plaćaju jednako neovisno da su uzrokovali štetu ili ne. Stimulativnim mjerama nužno je dodatno poticati i nagrađivati poslodavce za ulaganje u zaštitu zdravlja i sigurnost na radu. U drugim zemljama uvedene su sheme kojima se tvrtke i organizacije financijski nagrađuje za promicanje visokih standarda zaštite na radu, primjenu norme ISO 45001:2018, ISO 45003:2021 (Psihološko zdravlje – smjernice za upravljanje), a to obuhvaća niže premije osiguranja, porezne olakšice i potpore. Hrvatska treba slijediti i primijeniti tu dobru praksu. Kultura zaštite na radu upućuje na potrebu cjeloživotnog učenja, od najranije životne dobi do završetka radne karijere. U okviru kurikuluma obrazovnih programa u osnovnom, srednjem i visokom obrazovanju nužno je osigurati da budući radnici steknu potrebna znanja, vještine i kompetencije koje će im omogućiti siguran rad i očuvanje radne sposobnosti tijekom cijelog radnog vijeka, a od najranije životne dobi razvijati kulturu sigurnosti. U Hrvatskoj su troškovi zdravstvenog zbrinjavanja, bolovanja i manje produktivnosti također značajni. U raznim državama članicama EU, kreatori politike zaštite zdravlja i sigurnosti na radu i tijela za osiguranje pokušavaju poboljšati mjere prevencije na razini radnog mjesta nudeći ekonomske poticaje. U Hrvatskoj toga nema, već naprotiv. U 2018. godini u okviru tkzv. "porezne reforme" učinjene su i izmjene Zakona o doprinosima, kojima je namjenski doprinos od 0,5 za zaštitu zdravlja na radu ukinut, a ustvari je povećan ukupni doprinos za zdravstveno osiguranje, umjesto uvođenja modela praćenja uplata i rashoda za svakog poslovnog subjekta i primjene bonusa za one poslodavce koji više ulažu u prevenciju, smanjuju izdatke za posljedice ozljeda na radu i bolesti povezanih s radom. Takvo rješenje je kontraproduktivno, i usmjereno na „krpanje“ izdataka zdravstvenog sustava a ne na štednju i stimuliranje boljeg zdravlja na radu. I to se mora žurno promijeniti. Slijedeći problem je najblaže rečeno neučinkovitost zdravstvene administracije. Potreba je ukazati na praksu koju je potrebno mijenjati radi osiguranja uvjeta za cjelovitu primjenu zakona, i pravnu sigurnost, a u slučaju zaštite na radu, očuvanja zdravlja i radne sposobnosti radno aktivnog

stanovništva. Naime, svjedočimo da je proteklo više od 8 godina u kojem razdoblju nisu donijeti određeni provedbeni podzakonski propisi, a temeljem čl.103 st.5 Zakona o zaštiti na radu (NN 71/14,118/14,154/14,94/18,96/18) u kojem je određeno da će "Ministar nadležan za zdravlje uz suglasnost ministra rada donijeti propise iz članka 17.st.7, čl.36 st.6,čl.56 st.4 i čl.81 st.2. , i to u roku od 90 dana od dana stupanja na snagu Zakona o zaštiti na radu". Predmetni Zakon stupio je na snagu u kolovozu 2014.godine a obveza do danas nije izvršena ! Od četiri pravilnika tek u lipnju 2021.g.tj. u sedmoj godini ,donijet je konačno jedan; Pravilnik o zaštiti na radu radnika koji su izloženi statodinamičkim, psihofiziološkim i drugim naporima na radu, i to sa dvojbenim rješenjima. Izostalo je do sada (od 2014.g. !?) donošenje Pravilnika koji treba propisati poslove s posebnim uvjetima rada i uvjete koje moraju ispunjavati radnici koji obavljaju te poslove, zatim, Pravilnika kojim se propisuje postupak pružanja prve pomoći, sredstva, vrsta i količina sanitetskog materijala koji mora biti osiguran na mjestu rada te način i rokovi osposobljavanja radnika za pružanje prve pomoći, te Pravilnik kojim je nužno propisati ovisno o vrsti djelatnosti i aktivnosti poslodavca, procjeni rizika, broju radnika i broju radnika koji obavljaju poslove s posebnim uvjetima rada, najmanji broj sati koje je poslodavac obavezan ugovoriti sa specijalistom medicine rada, a koje specijalist medicine rada mora provesti na mjestu rada. Dakle, kao što je vidljivo radi se o izuzetno značajnim podzakonskim propisima, pa je krajnje vrijeme da se prekine s praksom donošenja zakona, u kojima se poziva na podzakonske akte,a koji se zatim godinama ne donose, iz nerazumljivih i neopravdanih razloga. Aktualni ministar je obećao po stupanju na dužnost da se pravilnici u pripremi, a očito je da to nije bilo tako.Tko je odgovoran ? Zašto Vlada i HZZO nisu do sada reagirali ?! Zato bi bilo logično tražiti da predlagatelji zakona prekomjerno ne prenose određenu materiju na podzakonske propise, a koju je moguće i potrebno odmah ugraditi u zakone, te ih obvezati da uz prijedloge zakona dostavljaju i nacрте podzakonskih propisa kako bi nakon donošenja zakona isti u primjerenom roku bili završeni i donijeti, a što je još važnije kako bi se mogla sagledati šira i cjelovita „slika“ propisa i međusobna usklađenost istih. Uz to bilo bi logično da se Vlada RH putem svojeg Ureda za zakonodavstvo, pa i nadležni odbor Hrvatskog sabora, barem jednom godišnje izvijesti o izvršavanju obveza u pogledu donošenja podzakonskih propisa, od strane pojedinih nositelja, kako bi se kontroliralo izvršenje obveza preuzetih i utvrđenih pojedinim zakonima. Nadalje, nakon spajanja bivšeg Hrvatskog zavoda za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu sa Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo ,očekivala se sinergija u zaštiti zdravlja u najširem smislu , kako na radu tako i van rada. Sigurnost na radu samo je polovica jednadžbe. Druga polovica je ono što se događa izvan posla. Moramo razmišljati o sigurnosti ne samo kroz prizmu rada; moramo razmišljati o sigurnosti iz svih kutova i sa svih strana – svaki dan, u svakoj aktivnosti. Za sada ne vidimo takav zajednički smjer. Uz sigurno i zdravo radno mjesto, ravnotežu između poslovnih i

privatnih obveza, za očuvanje radne sposobnosti od presudne je važnosti osobno stajalište prema zdravim životnim navikama izvan radnog mjesta (pretilost, pušenje,...). Nacionalni program „Živjeti zdravo „i praktična provedba modula,; „Tvrta prijatelj zdravlja“ jedan su od načina pozitivnog i proaktivnog djelovanja na osvježavanje o odgovornosti za vlastito zdravlje i očuvanje radne sposobnosti. Sektori zdravstva i rada moraju zajednički na tom planu djelovati. Obrada i izrada izvješća o ozljedama na radu na osnovu podataka HZZO za razliku od ranijeg ustroja sada značajno kasni i tek po zahtjevu za pristup informacijama čini se dostupnom, umjesto da se žurno objavi kako bi se moglo ciljano djelovati na uzroke i pojave te pomoći određenim dionicima na poduzimanju potrebnih mjera. Potrebno je nastaviti i intenzivirati započeti plan razvoja projekta Središnjeg nacionalnog informacijskog sustava (Data Collectora), kako bi se integrirali i koristili svi relevantni podaci potrebni za praćenje, analizu, istraživanja i provedbu kampanja i aktivnosti usmjerenih na dobrobit te unapređivanje sigurnosti i zdravlja radnika u Republici Hrvatskoj (<https://www.sigurnost.eu/cjeloviti-i-pouzdati-podaci-kljucni-za-prevenciju-rizika-na-radu/>). Određeni dionici iz područja zdravstva za tu inicijativu nisu pokazivali odgovarajući interes, pa je realizacija izostala. Specifična zdravstvena zaštita iz općeg zdravstvenog osiguranja kao dio prevencije zaštite zdravlja na radu mora biti okosnica djelovanja. Zabrinjavajuće je da u odnosu na propisani nacionalni standard u RH jedan tim medicine rada na 7.000 radnika, trenutno u odnosu na broj zaposlenih nedostaje više od 50 timova medicine rada za skrb o zdravlju radnika. Prirodnim odljevom u mirovinu ili mogućim odlascima sadašnji liječnika medicine rada mogao bi se i dalje smanjivati, što zahtijeva žurnu reakciju i poduzimanje odgovarajućih mjera Ministarstva zdravstva, HZZO i Vlade. Ako tome dodamo i deficit u inspekciji rada - zaštite na radu gdje je popunjenost u odnosu na sistematizaciju svega 68 % onda je situacija neodrživa.

91 **Ljiljana Horvat**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Iako Zakon nosi naziv Obvezno, svi građani sa prijavljenim prebivalištem u RH nemaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje. U Hrvatskoj je okvirno 20 tisuća osoba izgubilo to pravo jer su, što radi pogreške poslodavca ili fakulteta što radi neinformiranosti, propustili rok od 30 dana. Kao dokaz da se građani mogu naći u takvoj situaciji ne svojom krivicom, navodim članak RTL redakcije, poveznica; <https://www.rtl.hr/vijesti/hrvatska/ostali-ste-bez-obveznog-zdravstvenog-osiguranja-bez-prava-dvije-godine-osim-ako-se-zaposlite-b95c048c-b9f2-11ec-b9fa-0242ac12002a> Odredbu od 30 dana potrebno je brisati jer je istom građanima RH onemogućeno ostvarivanje Ustavom zajamčenog prava, podredno u članak dodati stavak kojim se omogućava građanima koji imaju potvrdu zavoda za zapošljavanje, ostvariti pravo na obvezno zdravstveno osiguranje neovisno o roku 30 dana.

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

92 **UDRUGA DENTALNIH TEHNIČARA REPUBLIKE HRVATSKE**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Svi oni koji su diskriminirali dentalne tehničare dobro su osmislili kako od njih napraviti potplaćeno roblje, kako oteti plodove njihova rad i ulaganja, kako oteti pacijentima ugovorena prava iz dentalne zdravstvene zaštite i kako kontinuirano i bez ikakvih sankcija potkradati zdravstveni proračun za nerad, korist i bogaćenje doktora dentalne medicine. Idemo redom da se shvati put i trud koji su odradili HKDM, MIZ i HZZO da bi uništili dentalne tehničare. Dentalni tehničari su Čl.122 Zakona o ZZ iz 1993.g. definirani kao zdravstveni djelatnici i prva djelatnost SSS predviđena za ugovaranje obavljanja privatne prakse (koncesije) Pravilnicima (iz 1990. 1994 i 1996.g.) za obavljanje ugovornih usluga HZZO-a iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. Samom Privatizacijom PZZ, dentalni tehničari odjednom jednostavno nestaju iz zdravstvenog sustava, djelatnosti DZ-a i tima dentalne medicine. Bačeni na slobodno tržište , bez bilo kakve mogućnosti otpora, prisiljeni su potpisati ugovore o raskidu radnog odnosa s DZ-a (ili sporazumni raskid ili otkaz) i neugovoreni uzeti protuzakonito u zakup neopremljene laboratorije. Ali zakup nisu mogli dobiti bez ugovora i potpisa o suradnji s ugovornim doktorom dentalne medicine. Tim potpisom postaju roblje, jer doktori postaju isporučitelji dentalnih pomagala i prisvajaju 75% njihova rada i ulaganja. A ti isti doktori ne mogu imati ugovor s HZZO ako nemaju suglasnost i potpis dentalnog tehničara o suradnji, jer bez toga nisu sposobni pružiti kompletnu dentalnu zdravstvenu zaštitu i ispuniti uvjete HZZO-a o isporuci protetskih pomagala. Tako dentalni tehničari postaju proizvođači protetskih pomagala bez kojih ugovorni doktori dentalne medicine ne mogu sklopiti ugovor o pružanju dentalne zdravstvene zaštite. Sklapanjem ugovora doktori dentalne medicine postaju isporučitelji gotovih dentalnih pomagala koje im na ruke u ordinaciju donesu dentalni tehničari. Dentalni tehničari ne dobivaju direktno sredstva za obavljanje uslugu na svoj račun, već preko ordinacije dentalne medicine. Direktna isplata sredstava na njihove račune se ne može obaviti jer nisu ugovoreni subjekti HZZO-a. Dentalni tehničari su u rujnu 2009.g Promjenom Zakona o stomatološkoj djelatnosti proglašeni izvantimskim zdravstvenim suradnicima. Ali to nije smetalo "zdravstvenoj " Komori dentalne medicine da ih 1.04.2010 pripoji i prisili na članstvo bez mogućnosti izbora. Izmjenom i dopunom Zakona o ZZ iz 2012.g.svim dentalnim tehničarima u jedinici zakupa DZ-a bio je omogućen povratak u DZ-a, ali su taj Zakon rijetki ravnatelji ispoštovali. Ostali su se ogradili Čl.13. stavak 1. Zakona o stomatološkoj djelatnosti, gdje su dentalni tehničari definirani izvantimskim zdravstvenim suradnicima, te slijedom navedene odredbe nisu dio tima dentalne medicine. Tražeći svoja prava, godinama smo iste odgovore dobivali i od MIZ. Dentalni tehničari pružaju zdravstvene usluge i odrađuju ugovorene radove koji se smatraju medicinskim proizvodima (Zakon o

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

medicinskim proizvodima iz 2008.g.), a nisu zdravstveni radnici. Odrađuju ugovorene zdravstvene usluge HZZO-a plaćene radnim nalogima HZZO-a (stotine milijuna kn.) ali sami nisu ugovoreni subjekti HZZO-a. Rade za doktore dentalne medicine, ali nisu dio tima dentalne medicine. Nisu zdravstveni radnici ali su članovi zdravstvene Komore dentalne medicine. Nisu zdravstveni djelatnici ugovoreni u Mreži javne zdravstvene službe, ali rade za dr. dentalne medicine koji su ugovoreni djelatnici u Mreži. Nisu zdravstveni djelatnici, ali su uvedeni kao zdravstveni radnici u Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite. Nikada niti jedna zdravstvena struka u RH nije doživjela ovakvu protuzakonitu diskriminaciju i uništavanje radnih, ljudskih i moralnih prava i time postala ozakonjeno zdravstveno roblje kojima se otimaju plodovi njihova rada i ulaganja, kao dentalni tehničari. Dentalni tehničari su vraćeni u zdravstveni sustav Novim Zakonom o ZZ iz 2019.g, ali je to ostalo samo mrtvo slovo na papiru. Gospodo zaustavite ovu sramnu rabotu koja služi na sramotu svima Vama koji donosite Zakone i pozivate se na Ustav. Poštujte Ustav i Zakon o ZZ iz 2019.g. uredite položaj i vratite dignitet dentalnim tehničarima i mjesto u zdravstvenom sustavu koje im oduvijek pripada.

93 **Filip Guzić**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA
 Komentari na Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju: na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog). na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM

predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

94 **Kristina Sambol**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA
Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad - obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. Kod kratkih i samozlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza - izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite - Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona.

95 **UDRUGA DENTALNIH TEHNIČARA REPUBLIKE HRVATSKE**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI
Ovim zakonskim prijedlogom predlaže se da mjere zdrav. zaštite iz obveznog zdrav. osiguranja utvrđuje Zavod na temelju plana i programa mjera zdrav. zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravstvo. Želi se postići racionalizacija troškova te bolja raspodjela raspoloživih sredstava i poboljšanje

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

kvalitete usluga za osigurane osobe. Predlažu se i uvećanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe od 18-65 godina starosti i to tako da se uvećava postotak proračunske osnovice sa 30,07 % (1.000,00 kn) na 40,09 % (1333,00 kn), a za starije od 65 godina uvećava se postotak proračunske osnovice sa 15,03% (500,00 kn) na 20,04 % (670 kn). Tvrdimo da je bilo kakvo povećanje udjela sudjelovanja pacijenata u troškovima zdravstvene zaštite nepotrebna, već da je samo potrebna bolja i racionalnija raspodijela cijene protetskih pomagala. Doktori dentalne medicine ostvaruju prihode iz hladnog pogona i glavarine cca. 27 000 kn/mj koji pokrivaju plaću doktora i sestre/asistenta. Za taj iznos doktori dentalne medicine jedini u zdravstvenom sustavu ne moraju odraditi niti jedan rad, ni jednog pacijenta, niti jednu protezu. Odrađuju samo ostatak od cca 15 000 kn/mj kroz DTP u koji spadaju preventiva, kurativa i protetika, s tim da su cijena rada i materijala dentalnog tehničara i cijena dentalnog pomagala uključeni u cijenu DTP-a. Time je protetika smanjena na trećinu od trećine, a pacijentima oteto stotine tisuća proteza godišnje. Doktori dentalne medicine su jedini doktori u zdravstvenom sustavu RH koji prisvajaju rad i cijenu rada i materijala suradnika. HZZO- " Za odrađeni rad i utrošeni materijal dentalni tehničar ispostavlja račun doktoru dent. med. ugovornom partneru HZZO-a, koji ga uz račun za svoj dio protetskog rada ispostavlja HZZO-u. Nakon što HZZO plati ukupnu uslugu po ispostavljenom računu, doktor je u obvezi odmah, a najkasnije u roku od 5 dana (neke kolege ni nakon 3 godine nisu uspjele doći do sredstava za davno odrađene radove) dentalnom tehničaru platiti troškove za izrađeno dentalno pomagalo Dakle ugovoreni doktor dentalne medicine dobije 3X cijenu rada dentalnog tehničara ili 3/4 tj. 75% ukupne cijene isključivo individualnog protetskog pomagala koje je skoro u potpunosti rad, materijal i ulaganje dentalnog tehničara. Dentalni tehničar bez ikakvog ugovora ili financiranja dobije samo 1/4 (25%) cijene koju za taj rad plaća HZZO. U praksi to izgleda ovako: Totalna proteza = 2.743, 40 kn. Dentalni tehničar - 22 faze rada-12 utrošenih materijala + mirovinsko, zdravstveno, dopunsko, režijski (sada već 300-900% uvećani) troškovi, najam prostora, knjigovodstvo, materijal i na njega PDV (koji nam se ne vraća,) pribor, distribucija, telefon, porez na tvrtku, komorska članarina, bodovi za licenciranje, spomenička renta, kupovina skupe opreme i na nju plaćanje PDV-a, znavljanje i servisiranje opreme = 765,76 kn. Doktor dentalne medicine (ugovoren s plaćenim hladnim pogonom, glavarinom i DTP- mjesečno minimalno 40 000 kn)- 5 faza rada - 2 utrošena materijala = 1.977,64 kn. Metalna proteza = 5.649, 60 kn. Dentalni tehničar - 33 faze rada - 24 utrošena materijala + mirovinsko, zdravstveno,..... = 1.578, 00 kn. Doktor dentalne medicne, ugovoren i plaćen kroz hladni pogon, glavarinu i DTP - 5 faza rada - 2 materijala = 4.071,60 kn Ovim cijenama protetskih pomagala su se prije privatizacije plaćali doktori, asistenti, dentalni tehničari, doprinosi, hladni pogoni, materijali, oprema,

<p>..... Početkom privatizacije doktori dentalne medicine su uz glavarine dobivali male paušalne iznose za protetske radove. Novim modelom prihodovanja PZZ Dentalne zdravstvene zaštite iz ožujka 2013.g. došlo je do sulude preraspodijele i plaćanja usluga kako je to navedeno u primjerima. Radi se o sumanutom razbacivanju zdravstvenih sredstava za nerad i prebacivanje proračunskih sredstava za pacijente u džepove i bogaćenje doktora dentalne medicine. OVA SRAMOTNA PRAKSA SE MORA ZAUSTAVITI jer oštećuje i potkrada dentalne tehničare, pacijente i cijeli zdravstveni proračun.Samo u ovom segmentu dentalne zdravstvene zaštite postoji prostor za ogromnu uštedu. Mi nudimo racionalna i pravedna rješenja. Ukoliko se ova praksa nastavi, direktno ste odgovorni za nju.</p>	
<p>96 Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Svakako mislim da bi ustrojstvo, djelatnosti, ovlasti i sva druga pitanja ustrojstvenih jedinica Zavoda trebalo propisati Zakonom jer je to jedini način da se kontrolira njegovo poslovanje. Tko u slučaju da se sve regulira Statutom kontrolira i na koji način poslovanje Zavoda? Postaje li Zavod na taj način potpuno autonomna ustanova koja donosi sve odluke isključivo u vlastitom interesu?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>97 Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Uopće nij ejasna namjera jedinstvene liste lijekova, osim da HZZO prema svojim potrebama/svojem nahodanju može na sve lijekove, pomagala i medicinske proizvode stavljati određeni režim izdavanja kako im to odgovara. I sada imamo jedinstvenu listu lijekova, koja se samo odvojno objavljuje kao A i B lista, ili ni to nije istina? Na koju listu će spadati Popis posebno skupih lijekova?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>98 Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Na koji će način neugovorni privatni pružatelj zdravstvene zaštite dokazovati da je njegova uslug azdravstvene zaštite iste cijene ili jefitnija od one u EU, i da je iste ili bolje kvalitete? Je li namjera ove mjere pogodovanje neugovornim pružateljima zdravstvene zaštite ?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

99	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Tko će odrediti preventivnu zdravstvenu zaštitu i na temelju čega? Kako će se definirati određene ciljne skupine građana? Tko će, kada, kako i gdje vršiti preventivne preglede? Hoće li u to biti uključeni liječnici obiteljske medicine? Tko će odrediti standard preventivnih pregleda? Tko će sve dobivati informacije iz preventivnih programa i za što će one služiti?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
100	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Tko definira standard zdravstvene zaštite i na temelju čega? Osnovni je problem što zdravstvenu zaštitu treba planirati Ministarstvo zdravstva, na temelju potreba građana Republike Hrvatske, a ne HZZO.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
101	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI U uvodnom dijelu Nacrta prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu: Nacrt) navodi se kako je Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ br. 126/06, 156/08) važeći dokument kojim je utvrđen program mjera zdravstvene zaštite koja se osigurava iz obveznog zdravstvenog osiguranja te da će isti biti u primjeni sve do donošenja novog općeg akta HZZO-a iz čl. 7. Nacrta kojim će se urediti provođenje mjera zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja. Skrećemo pozornost da je Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja donesen na temelju članka 14. stavka 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ br. 85/06. i 105/06.) te je u njegovim Prijelaznim i završnim odredbama bilo predviđeno da važi dvije godine od dana njegova stupanja na snagu. Izmjenom Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ br. 156/2008) produljena je njegova primjena sve do stupanja na snagu Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sukladno članku 15. stavku 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, br. 150/08). Novi Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, koji je trebao biti donesen temeljem Zakona o obveznom</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravstvenom osiguranju iz 2008. nikada nije donesen. Trenutno važeći Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju donesen je 2013. godine i isti nije ponovno produljio razdoblje važenja Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz 2006. Također, temeljem važećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju nikada nije donesen novi Plan i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te je netočan navod da je Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz 2006. važeći dokument, jer je isti nedvojbeno prestao važiti još 1. siječnja 2009. Posve je neuobičajeno i pravno dvojbeno da se taj dokument, nakon što se nije spominjao u Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju 2008. niti u Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju iz 2013. po prvi puta spominje u sada predloženim izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju koje bi trebale stupiti na snagu 2023., te mu se u novopredloženim prijelaznim i završnim odredbama pokušava prikriti status nevažećeg dokumenta i produljiti mu primjenu. Budući da je propisano da će novi opći akt HZZO-a iz čl. 7. Nacrta biti donesen u roku od 180 dana od dana stupanja na snagu predloženih promjena, za očekivati je da će sustav zdravstvenog osiguranja i ugovaranja zdravstvene zaštite u narednom razdoblju i dalje biti zasnovan na 15 godina starom, nevažećem dokumentu.

102 **Valentin Žagar**

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

1. Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći Iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: • Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. • Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. • Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

2. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).

3. Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.

4. Komentar na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja."

Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako

slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. 5. Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ

- 103 **IGOR PETROVSKI**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI
 1. Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći Iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: • Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući

Primljeno na znanje
 Primljeno na znanje.

otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. • Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. • Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.

2. Komentar na članak 16. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).

3. Komentar na članak 17. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.

4. Komentar na članak 21. Prijedloga izmjena i dopuna ZOZO KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika

za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana protoka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja.”

Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: “Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta.”

Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka.

KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: “Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje.”

Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka. 5. Komentar na članak 52. Prijedloga o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: Predložemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ

104	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</p> <p>Suglasna sam i podržavam prijedloge KoHOM-a: • Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. • Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. • Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

105	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</p> <p>Sindikata umirovljenika Hrvatske i Matica umirovljenika Hrvatske u više su navrata postigle dogovor s predstavnicima Ministarstva zdravstva da se člankom 102. stavak 2. obvezno uvede kako Upravno vijeće HZZO-a ima 11, a ne 9 članova, od čega su dvoje predstavnici prethodno navedenih umirovljeničkih udruga. S obzirom da su starije osobe i umirovljenici velika skupina korisnika zdravstvene zaštite, kao i financijera zdravstvenih usluga kako kroz dopunsko osiguradnje, dodatni zdravstveni doprinos, tako i kroz redovni zdravstveni doprinos za one koji uz mirovinu i rade, neophodno je konačno legalizirati njihov utjecaj na kreiranje politike i odluka unutar sustava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	--

106	<p>MAJA ČERINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Suglasna sam i podržavam prijedloge KoHOM-a: • Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. • Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. • Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

107	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</p> <p>Suglasna sam i podržavam prijedloge KoHOM-a: • Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. • Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. • Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

108	<p>Anita Šimac Rako NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Kako program mjera vlade 2020 do 2024. nije dao nikakav rezultat po pitanju održivosti sistema ZZ u RH neophodno je bilo revidirati navedeni program ili utvrditi razloge neprovođenja mjera. Standardi i normativi u predloženim izmjenama zakona su potpuno nedefinirani,tako da osiguranici ne znaju ni koja su im prava,koji su rokovi pružanja potrebne usluge,što im pruža dopunsko zdravstveno osiguranje i što dobivaju povećanjem participacije. Pozicija HZZO-a, nezamisliva u današnje vrijeme, sve ove primjedbe čini smiješnima.Temelj reforme u sistemu ZZ RH je temeljita reforma HZZO-a, a o tome još nema ni naznaka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
109	<p>Vitimir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Višegodišnjim odricanjem i izdvajanjem iz svojih plaća i mirovina u Gradu Karlovcu je samodoprinosom izgrađena i opremljena Opća bolnica Karlovac, kao i velik broj ambulanti u gradu i prigradskim sredinama. Takav slučaj nije bio u mnogim drugim sredinama. Zato je logično da stanovnici/osiguranici u Karlovcu i sličnim drugim sredinama (kojih se sada najveći broj umirovljenika) dobiju određene benefite popust na dopunsko zdravstveno osiguranje) za ono što su ranije uložili a danas je vidljivo i ne zahtjeva nova ulaganja sredstava države.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

110	<p>Anita Šimac Rako NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI čl. 46 utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad u nadležnosti odabranog doktora 90 dana , nakon toga LP HZZO-a. Njega i pratnja djeteta u nadležnosti i administraciji odabranog pedijatra u cijelosti.Isto vrijedi i za stomatologe. PNR za kratkotrajne i samoizlječive bolesti u dogovoru sa poslodavcem, definirani uvjeti i trajanje ugovorom o radu,bez potrebe sudjelovanja odabranog doktora. čl 65.st.4putni nalog!Sramotna odluka MZ i HZZO-a da odabrani doktor broji kilometre udaljenosti po selima i gradovima.Ukinuti postojeću tiskanicu putnog naloga i uvesti naknadu putnih troškova na šalterima HZZO-a temeljem uputnice . Općenito: vrlo konfuzan materijal predloženih promjena.Daljnji pokušaj održanja neodrživih oblika upravljanja iz bivšeg sistema u novim uvjetima. Uz najsuvremenija terapijska i dijagnostička dostignuća, inzistiranje na bosonogim doktorima koji će sa stetoskopom i tlakomjerom pregledavati pacijente po selima su totalna utopija.Kampanjski preventivni pregledi umjesto kontinuiranog rada na prevenciji pučanstva nikada nisu dali rezultata. Dovoljan broj izabranih doktora, sa timom do 1500 osiguranika, uz reviziju i maksimalnu redukciju administrativnog rada u ordinaciji osigurao bi kontinuirani rad u smislu prevencije, edukacije, kontrole rizičnih faktora itd.te uz strogo individualizirani,holistički pristup svakom pacijentu ,što je preduvjet bilo kakvog pomaka u zdravstvenom sistemu RH.Mladi liječnici su demotivirani radom u PZZ-u jer nas doživljavaju kao službenike HZZO-a a ne nositelje skrbi o našim građanima.Dnevne posjete i kontakti reda 100-150 onemogućavaju iti ozbiljan razgovor o bolesti i zdravlju.Ideje kojima bi tek završeni studenti popunjavali duboke rupe u PZZ, a doktori iz ordinacija HMP i kojekakve punktove po izboru ravnatelja su porazne.Polaze od činjenice o potpunom nepoznavanju rada ordinacija PZZ,HMP i dr. od strane onih koji ovakve prijedloge donose.Prijedlozi izmjena ovih zakona ne predstavljaju nikakve mjere stvarne reforme i potvrda su žalosne činjenice da o održivom zdravstvenom sistemu, boljim pokazateljima zdravstvenog stanja naših građana, jednako dostupnoj zdravstvenoj skrbi ,primjerenom zdravstvenoj zaštiti i pacijentu u središtu nema ni spomena.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

111	<p>Adrijana Tomas NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći. Iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravlja na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenju na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

112	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja sam da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika. Zavod mora kontrolirati svoga OSIGURANIKA i uslučaju dokaza o počinjenoj šteti naplatiti ju od istoga. Liječnik nemože garantirati za ODRASLU PUNOLJETNU osobu (jer ne odgovara niti za svoje punoljetno dijete) te je potpuno ponižavajuće naplaćivati nekakvu "štetu" od liječnika koji u svom odnosu liječnik - pacijent djeluje u dobroj vjeri te su iste odredbe maliciozne po struku.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
113	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenu na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

114	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Pedijatrima i stomatolozima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad, kao što je omogućeno i ginekolozima. Neka svaka struka vodi svoja bolovanja. Putne naloge treba potpuno izbaciti iz ordinacija obiteljske medicine. Osiguranik pravo na troškove prijevoza treba ostvariti putem nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
115	<p>Miroslava Mikulić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Liječnike treba stimulirati za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a ne ih kaznama prisiljavati na rad u primarnoj. Na taj način će se samo ubrzati odlazak mladih liječnika u inozemstvo. Uz to u zadnje vrijeme često se čuje da je studentima fakultet medicine plaćen, te da su dužni ostati raditi u Hrvatskoj, tvrdnja koja se rijetko spominje za druge djelatnosti. Budemo li razmišljali na taj način, sve manje mladih će uopće željeti završavati medicinski fakultet i raditi kao liječnik, kad u drugim zanimanjima mogu imati bolju plaću, manje stresa i manje kazni. Jedan od načina stimulacije bio bi davanje dijela iznosa koji domovi zdravlja ostvaruju prihodomanjem od DTP-a. Trenutno liječnici zaposleni u domovima zdravlja na nikoji način nisu stimulirani za obavljanje DTP-a, plaća im je jednaka bez obzira koliko DTP-a naprave u mjesecu. Čak su i negativno stimulirani s kontrolama HZZO-a koje dolaze i provjeravaju ispravnost pisanja DTP-a, te e tako liječniku bolje niti ne bilježiti i raditi DTP, jer plaća mu je ista, a barem ne riskira kaznu ako ih ne radi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

116	<p>Pravobranitelj za djecu RH NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</p> <p>Poštovani, Povodom objavljenog e-savjetovanja o Nacrtu prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (ZOZO), sukladno člancima 9. i 11. Zakona o pravobranitelju za djecu preporučamo slijedeće. Kako se ovim zakonskim prijedlogom predlaže, među ostalim, povećanje iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge podsjećamo na obvezu države da djeci osigura besplatnu zdravstvenu zaštitu, sve zdravstvene usluge i pomagala – bez iznimke te bez skrivenih troškova. Djetetu je radi specifičnosti i razvoja potrebno osigurati pravovremenu zdravstvenu zaštitu, što trenutno liste čekanja na pojedinu zdravstvenu uslugu ne omogućavaju. Kod razmatranja mogućnosti liječenja djeteta u Hrvatskoj ili u inozemstvu potrebno je na prvo mjesto staviti najbolji interes djeteta, a ne financijske uštede te osigurati djetetu zdravstvenu zaštitu žurno ili u primjerenom roku, a navedeno je potrebno predvidjeti zakonskom odredbom. Zakon u odredbama članaka 9. i 10. određuje neke od uvjeta za ostvarenje zdravstvenog osiguranja djece. U tom dijelu predlažemo osigurati najbolji interes djece – koja su hrvatski državljani i žive u Hrvatskoj, a formalno im je odjavljeno prebivalište (zbog okolnosti i razloga na koje oni kao maloljetna djeca nisu mogli utjecati). Kao primjer navodimo majku koja je kao žrtva nasilja s djetetom odselila sa zajedničke adrese, otac nije dao suglasnost za prijavu prebivališta djeteta na drugoj adresi, ali je bez njihova znanja odjavio djetetu i majci prebivalište sa zajedničke adrese. Majka je naknadno slučajno saznala da dijete, radi odjavljenog prebivališta, nema ni zdravstveno osiguranje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

117	<p>lidija primorac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI vodite preventivne preglede iako je struka nedvojbeno dokazala da nisu doprinijeli boljem i ranijem otkrivanju malignih, niti kroničnih nezaraznih ili drugih bolesti. Upravo suprotno vode pretjeranom dijagnostičiranju i podrivaju temelje kvartarne prevencije. Prema nedavnom istraživanju gotovo 50% bolesnika s osnovanom sumnjom na malignu bolest ne može ući u sustav unutar 10-14 dana kako bi to preporučivale svjetske, a i hrvatske smjernice. Nacionalni preventivni programi koje katastrofalno vodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje imaju i katastrofalni odaziv. Donekle s izuzetkom NPP za dojku, ali i taj bi mogao biti bolji. Dovoljno je reći da se provodi u nekim županijama na prastarim mamografima i time žene u Hrvatskoj stavlja u neravnotežan položaj. Kako se rade "preventivni" pregledi jasno nam već godinama pokazuju privatne zdravstvene ustanove. Gdje se građanima RH lupaju pretrage i pregledi i iz njih daljnje preporuke bez veze i bez zdrave pameti, a pogotovo bez usklađivanja sa evidence based medicine. Neki domovi zdravlja u RH uvode preventivne preglede za kikiriki potplaćenim liječnicima i sestrama. I dok su liste čekanja za bolesne višemjesečne, pa i višegodišnje, ovi "preventivci" što plaćaju dolaze na red u tili čas, a javna je tajna da se i preventivni pregledi, pa čak i NPPovi rade u radno vrijeme! Sve u svemu ovo je populistička mjera U NAJMANJU RUKU, ali s obzirom da sa oba zakona /ZOZO i ZOZZ/ jasno pokazujete tendenciju uništavanja primarne zdravstvene zaštite prije bih rekla da se radi o tendencioznom planu privatizacije i amerikanizacije zdravstva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

118	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Uvodite preventivne preglede iako je struka nedvojbeno dokazala da nisu doprinijeli boljem i ranijem otkrivanju malignih, niti kroničnih nezaraznih ili drugih bolesti. Upravo suprotno vode pretjeranom dijagnostičiranju i podrivaju temelje kvartarne prevencije. Prema nedavnom istraživanju gotovo 50% bolesnika s osnovanom sumnjom na malignu bolest ne može ući u sustav unutar 10-14 dana kako bi to preporučivale svjetske, a i hrvatske smjernice. Nacionalni preventivni programi koje katastrofalno vodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje imaju i katastrofalni odaziv. Donekle s izuzetkom NPP za dojku, ali i taj bi mogao biti bolji. Dovoljno je reći da se provodi u nekim županijama na prastarim mamografima i time žene u Hrvatskoj stavlja u neravnotežan položaj. Kako se rade "preventivni" pregledi jasno nam već godinama pokazuju privatne zdravstvene ustanove. Gdje se građanima RH lupaju pretrage i pregledi i iz njih daljnje preporuke bez veze i bez zdrave pameti, a pogotovo bez usklađivanja sa evidence based medicine. Neki domovi zdravlja u RH uvode preventivne preglede za kikiriki potplaćenim liječnicima i sestrama. I dok su liste čekanja za bolesne višemjesečne, pa i višegodišnje, ovi "preventivci" što plaćaju dolaze na red u tili čas, a javna je tajna da se i preventivni pregledi, pa čak i NPPovi rade u radno vrijeme! Sve u svemu ovo je populistička mjera U NAJMANJU RUKU, ali s obzirom da sa oba zakona /ZOZO i ZOZZ/ jasno pokazujete tendenciju uništavanja primarne zdravstvene zaštite prije bih rekla da se radi o tendencioznom planu privatizacije i amerikanizacije zdravstva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
119	<p>DAVID ZAHIROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Opsežna i nerealna administracija, prevelik broj pacijenta po timu, nejasni i nedefinirani normativi i opseg rada, nerealne cijene usluga, odrađivanje svojeg godišnjeg odmora, kažnjavanje od strane ugovornog partnera HZZO-a svakako su sve samo ne stimulativni za dolazak mladog kadra u PZZ osobito obiteljsku medicinu a također krajnje frustrirajuće za oni koji rade u sustavu. Ovim nacrtom ne vidim nikakve pomake na bolje bilo za one koji rade ili one koji su korisnici sustava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

120	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Pedijatrima i stomatolozima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad, kao što je omogućeno i ginekolozima. Neka svaka struka vodi svoja bolovanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
121	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Pedijatrima i stomatolozima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad, kao što je omogućeno i ginekolozima. Neka svaka struka vodi svoja bolovanja. Putne naloge treba potpuno izbaciti iz ordinacija obiteljske medicine. Osiguranik pravo na troškove prijevoza treba ostvariti putem nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
122	<p>JELENA LEMAIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu smatram opravdanim da se napravi izmjena na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. Izabrani doktor ne mora znati udaljenost u kilometrima do svake zdravstvene ustanove. Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Odredba je suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

123	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</p> <p>Načelo 16. europskog stupa socijalnih prava donesenog u travnju 2017. utvrđuje da svaka osoba ima pravo pravovremeni pristup kvalitetnoj preventivnoj i kurativnoj zdravstvenoj skrbi po povoljnim cijenama. Pravovremeni pristup znači da svatko može pristupiti zdravstvenoj skrbi kada mu je potrebna, a kvalitetna zdravstvena skrb znači da ona treba biti odgovarajuća, primjerena, sigurna i učinkovita. Svaki građanin RH trebao bi imati jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja. Nejednak pristup zdravstvenoj skrbi dovodi do nejednakosti u zdravstvenim ishodima u društvu. Pravo je pacijenata temeljeno na načelima Ustava RH (dodatno s obzirom na izdvajanja preko 16,5% obveznih doprinosa za zdravstvo osiguranje) na slobodan izbor dostupne i kvalitetne usluge, pa je tako je s njegove perspektive nužno promatrati sustav u cjelini kao jednakovrijedan bez obzira liječi li se u javnom ili privatnom. Fokus mora biti na odabiru najboljeg interesa pacijenta te dostupnoj i kvalitetnoj usluzi, bez obzira u kojem sustavu bila ona pružena. U cilju stvaranja dostupnog i učinkovitog zdravstvenog sustava i podizanja kvalitete potrebno je pokrenuti daljnji razvoj postojećeg modela na način da osiguranici ostvaruju pravo na definiranu („košarica“) iz obveznog zdravstvenog osiguranja, koju su slobodni ostvarivati u sustavu po izboru (javno ili privatno). Radi osiguranja jednake dostupnosti, predlaže se uvođenje mogućnosti obavljanja usluge dijagnostike ili drugih vidova liječenja zvan mreže javnog zdravstva uz refundaciju troškova takvih postupaka, čime bi se izravno smanjile liste čekanja. Dodatno, kako bi se prevenirao razvoj bolesti, iako uključen u onaj prijedlog Zakona, nužno je još snažnije potaknuti preventivne dijagnostičke preglede i ranu dijagnostiku kroničnih nezaraznih bolesti koje čine najveći dio mortaliteta i morbiditeta kroz uvođenje obveznih godišnjih pregleda, uz jednaku mogućnost ostvarenja u privatnoj ili javnoj mreži putem sustava vaučera.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

124	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNO ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI</p> <p>Komentar na ocjenu stanja, osnovna pitanja koja se trebaju urediti zakonom te posljedice koje će donošenjem zakona proisteći. Iz pregleda svih izmjena i dopuna koje su predmet ovog zakona proizlazi da su apsolutno svi prijedlozi KoHOM-a ignorirani stoga osim komentara na odredbe iz Prijedloga još jednom ukazujemo Ministarstvu zdravstva na prijedloge koje smo u nekoliko navrata prezentirali: - Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad KoHOM predlaže obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe KoHOM predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predloženo je i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. - Članak 65. st. 4. vezan za ostvarivanje prava osiguranika na naknadu troškova prijevoza U tom smislu KoHOM predlaže izmjenju na način da osiguranik pravo na troškove prijevoza ostvaruje putem uputnice/nalaza kojeg predaje Zavodu koji potom vrši provjeru i odlučuje o osiguranikovom pravu na troškove prijevoza. Zamisao je da osiguranik putni nalog ne treba zatražiti od izabranog liječnika već da je dovoljno i da primjerice s nalazom bolničkog specijaliste (CEZIH registrira izdanu uputnicu i pregled realiziran temeljem izdane uputnice) dolazi na šalter Zavoda gdje se osiguraniku provjerava ima li pravo na naknadu troškova prijevoza. Naime, izabrani doktor ne može znati koja zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor sa Zavodom te potom koja ugovorna zdravstvena ustanova može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu. - Članak 145. točka 1. vezano za obvezu zahtijevanja naknade štete od doktora primarne zdravstvene zaštite. Mišljenja smo da je ova odredba suvišna budući Zavod već ima propisanu zakonsku obvezu potraživanja naknade štete odnosno povrata sredstava od osiguranika sukladno članku 137. ovog Zakona. S obzirom na postojanje drugih mogućnosti da Zavod naplati eventualnu štetu, jednostavno nije potrebno obvezivati Zavod da štetu mora naplatiti od liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
125	<p>Tonći Buble NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNO ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Postojeći sustav zdravstvenog osiguranja postavljen je još 2002. godine upravo po modelu: obvezno + dopunsko osiguranje u javnom zdravstvu, te dodatno osiguranje koje je (osim dijela dopunskog) izvan javnog zdravstva. U tih 20 godina od uspostave sustava radila se tek izmjena cijena polica i obima oslobođenja, bez želje za daljnjim razvojem sustava (osim što se 2007. uvela osnovna i dopunska lista lijekova). Nažalost, umjesto da se konačno pokrene razvoj, neke odredbe ovog prijedloga vraćaju sustav zdravstvenog osiguranja na početne postavke i ruše jedine pozitivne reformske mjere koje su u međuvremenu provedene u politici lijekova. Model uspostave terapijskog standarda na razini referentne cijene (odnosno: osnovno+dopunsko) za sve usluge financirane iz obveznog osiguranja omogućava: - potrebnu zdravstvenu uslugu na razini terapijskog standarda - izbor osiguraniku između besplatne zdravstvene usluge u obveznom osiguranju i plaćanja doplate (ili police) za skuplju uslugu iste ili slične terapijske vrijednosti - izbor davatelju usluge i dobavljaču između spuštanja cijene na razinu referentne cijene standarda obveznog osiguranja ili uvođenja doplate (ili police) za razliku vrijednosti usluge ili proizvoda - poticanje razvoja dopunskih osiguranja za razliku vrijednosti skupljih usluga prema standardu u obveznom osiguranju i time povećanje prihoda iz dopunskog osiguranja - primjenu najboljeg modela za kontrolu rashodovne strane svih usluga u zdravstvu, uz zadržavanje visoke razine prava osiguranika - te najvažnije: nema više potrebe oslobađanja osiguranika jer je potrebna usluga osigurana u obveznom osiguranju, a time ni sadašnjeg prelijevanja troškova na teret obveznog osiguranja. Kada bi se ovakav model uveo za sve ciljane usluge: pomagala, potrošni materijal, dental, dijagnostiku, medicinsku rehabilitaciju itd. (u konačnici se to odnosi i na DTS/DTP sustav u bolnicama – što je u biti sličan model) moglo bi se povećati prihode zdravstva za nekoliko milijardi kuna godišnje ili bi se potrošnja usmjerila na trošak standarda, što indirektnim putem smanjuje rashodovnu stranu obveznog osiguranja. Takvim postepenim razvojem sustava (bar jedan dio usluga ili proizvoda godišnje), osim mogućih značajnih dodatnih prihoda zdravstvenog sustava u cjelini (jedinih izvan doprinosa i proračunskih doznaka), te osim uvođenja najboljeg mogućeg alata za racionalizaciju troškova za sve usluge unutar obveznog zdravstvenog osiguranja, širinom standarda omogućilo bi se i da se postojeća „košarica“ prava ne smanjuje. Nažalost, ovaj prijedlog izmjena ZOZO nudi upravo obrnuti proces: ukidaju se osnovna i dopunska lista za lijekove, te ortopedska i dentalna pomagala. Time se dokida najbolje uređeni dio zdravstvenog sustava (lijekovi), te vraća na početak dio koji se može jednostavno urediti po uzoru na lijekove (pomagala). Istodobno, dok se nepotrebno mijenjaju članci 20., 22. i 23. ZOZO, dotle se članak 21. kao jedan od glavnih uzroka financijske nestabilnosti sustava ne dira!

126	<p>Darijan Vinter NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Propisivanje maksimalnog iznosa doprinosa u apsolutnom iznosu koji plaća osiguranik pojedinac navelo bi i sustav zdravstvenog osiguranja na povećanje efikasnosti i racionalizaciju pružanja usluga. Postojeći zakon je prisilio poslodavce da na bruto plaću uplaćuju 16,5 % doprinosa za zdravstveno osiguranje a istovremeno zaposlenici odnosno sami osiguranici dobivaju ograničenu uslugu bez obzira na uplaćeni apsolutni iznos "premije osiguranja". Na primjeru prosječne RH plaće, ispada da doprinosi za zdravstveno osiguranje iznose 23 % neto plaće koju zaposlenik primi po osnovi rada. Ukoliko se iz navedenih sredstava osiguraniku ne može pružiti odgovarajuća i pravovremena zdravstvena skrb potrebno je razmotriti opciju da osiguranik plati zakonski minimum a da iz razlike plati privatnu ustanovu u kojoj će obaviti pregled ili primiti zdravstvenu uslugu. Nejasno je kako je uopće zakonski moguće da se doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju u neograničenom apsolutnom iznosu (postotak bruto plaće) a usluga zdravstvene skrbi je ograničena i/ili nedostupna. Da je u pitanju privatna institucija opcija bi bila raskid ugovora a u slučaju HZZO nejasno je koje su zakonske opcije osiguranika u slučaju da ne prima uslugu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
127	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Prvo, mislim da Zavod za zdravstveno osiguranje nije ustanova koja bi trebala utvrđivati mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, nego bi to trebalo čini Ministarstvo zdravstva na temelju realnih potreba građana/osiguranika. Uloga Zavoda je da provede te mjere u skladu s financijskim sredstvima i raspoloživim zdravstvenim kapacitetima. Kada govorimo o određivanju zdravstvenog standarda, tko će ga propisati i na temelju čega? A što je sa načelom jednakopravnosti? Mislim da bi se njime daleko više trebali voditi nego načelom jednakosti. Nismo jednaki, nisu to ni psrti na ruci, ali svi imamo jednaka prava i jednako bismo ih trebali moći konzumirati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

128 **Branimir Jurković**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI
Kada se već radi na izmjenama zakona trebalo bi napokon omogućiti ljudima doplatu za bolja pomagala i uslugu na način da se omogući da se iz cijene koju korisnik plaća odbije uobičajeni iznos koji bi HZZO za navedenu platio. Navedenim bi se značajno smanjile liste čekanja, a HZZO ne bi bio u gubitku jer bi njegov dio bio sufinanciran samo do uobičajenog iznosa.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

129 L.J.

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Jasno je već godinama da zdravstveni sustav kakav je u RH nije održiv, međutim postavlja se pitanje povećanja iznosa koje je svakako nužno i s čime se slažem no u skladu s time treba uzeti u obzir i dobivanje adekvatne usluge. Trenutna situacija je takva da se za trošak mjesečnog zdravstvenog osiguranja iz plaće mogu obaviti poprilični pregledi u privatnim klinikama dok je kod pojedinih liječnika opće prakse gotovo nemoguće dobiti uputnicu za pregled a da ne govorim o listi čekanja i terminima koji se pritom dobiju pa tko živ tko mrtav do tada. Naravno često se i sugerira od strane liječnika specijalista da se dođe u privatnu kliniku jer isti liječnik uglavnom radi na više mjesta pa mu tako financijski više odgovara. Zar je normalno da osiguranik koji je čitav život radio i plaćao zdravstveno osiguranje ne može dobiti adekvatnu operaciju kuka u bolnici čak ni uz doplatu bolnici za malo kvalitetniji materijal već mu se predlaže odlazak u poznatu privatnu kliniku gdje je dužan u potpunosti platiti operaciju. Opet se sve svodi na to da se usluga koja je plaćena često ne dobiva te je nužno otići u privatnu kliniku (tko može). Također se više puta potvrdilo koliko je vlasnicima privatnih poduzeća ili obrta teško otvoriti bolovanje dok se njihovim zaposlenicima ili pak zaposlenicima javnog sektora čije se plaće naravno financiraju iz državnog proračuna omogućuje apsurdna količina bolovanja, sve moguće terapije i nepotrebne fizikalne (često uskraćene drugim ljudima s ozbiljnijim zdravstvenim stanjem) bez kontrole liječnika koji to dozvoljavaju svojim rođacima, prijateljima i kako im već odgovara. To se svakako odnosi i na propisivanje lijekova određenih proizvođača, kršenje etičkih kodeksa, neadekvatnog ponašanja medicinskog osoblja prema pacijentima koji dođu u zdravstvenu ustanovu jer nisu uspjeli danima nikoga dobiti na telefon, email i slično. Tako da uz prijedloge povećanja svega ovdje navedenog treba uzeti u obzir i ostalo popratno u praksi a ne samo na papiru jer nije jasno kako se to namjerava provesti. U RH često imamo zakone koji su sami po sebi adekvatni i jasni međutim nema nikakve kontrole njihove provedbe te samim time ni nikakvih sankcija. Ukoliko sustav kao takav uz nužna povećanja i dalje ni bude održiv onda neka se ide na potpunu privatizaciju pa da svaki osiguranik bude obvezan uplaćivati zdravstveno osiguranje tvrtki prema svojem izboru kao što je dužan činiti sa vozilima.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

130	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Predlažem ukidanje monopola HZZO-a i dopuštanje djelovanje više različitih osiguravajućih kuća. Time bi se omogućilo realno plaćanje troškova liječenja. Sada HZZO plaća samo ono što želi, ne prati trend porasta cijena, zdravstvene ustanove su financijski u minusu, radi se diskriminacija među zdravstvenim djelatnicima (npr. očitavanje EKG-a nije jednako plaćeno u primarnoj i sekundarnoj/tercijarnoj zdravstvenoj ustanovi iako je riječ o istom dijagnostičkom postupku), zdravstvene ustanove ne mogu naplatiti postupke koje su izvele i praktički bi se sve zdravstvene ustanove na 2 tjedna mjesečno mogle zatvoriti jer im je rad do kraja mjeseca neisplativ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
131	<p>Branimir Jurković NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE TREBAJU UREDITI ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI Ne vidim razlog zbog čega se izračun veže na proračunsku osnovicu umijesto, npr. za minimalnu plaću u RH. Vezanjem uz navedenu koja je veća od osnovice, ovom izmjenom bi se još više smanjili proračunski troškovi te motiviralo korisnike na korištenje DZO-a.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
132	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 1. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA U sustav zdravstvenog osiguranja je potrebno uvesti još osiguravajućih kuća kako bi ukinuli monopol Zavoda, što bi dovelo do zdrave konkurencije, manje mogućnosti za malverzacije od strane HZZOa, te bi pacijenti dobili bolju uslugu, a zdravstveni radnici bili zadovoljniji, naročito PZZ koja onda ne bi mroala trpiti konstantni mobing od strane HZZO i njihovih managera</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

133	<p>UDRUGA PLESNIH UMJETNIKA HRVATSKE NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2.</p> <p>Udruga profesionalnih plesnih umjetnika Hrvatske "UPUH" podržava komentar Hrvatskog društva filmskih djelatnika: 'Poštovani, molimo pojašnjenje predložene odredbe (čl. 7. st. 7.) kojom je propisano da su osobe osigurane prema čl. 7. st. 1., toč. 13., a koje se ne vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje obvezne jednom u tri mjeseca osobno pristupiti Zavodu "radi provjere okolnosti na temelju kojih im je taj status utvrđen". Što točno podrazumijeva provjera okolnosti? Ako je status utvrđen na temelju prebivališta i pravovremene prijave Zavodu (prema čl. 7. st. 1., toč. 13.), hoće li se osobi produžiti zdravstveno osiguranje iako se ne vodi pri evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje ako jednom u tri mjeseca pristupi Zavodu? Hrvatsko društvo filmskih djelatnika izražava bojazan da će veliki broj umjetnika honoraraca, tj. onih koji ostvaruju dohodak temeljem autorskog ugovora, u praksi ostati bez zdravstvenog osiguranja. Radi se o osiguranicima koji su u pravilu zdravstveno osigurani upravo temeljem čl. 7. st. 1., toč. 13., a koje će se brisati iz evidencije HZZ-a čim ostvare određeni honorar na koji se, usput rečeno, plaća i doprinos za zdravstveno osiguranje. (Iz iskustva znamo da u praksi postoje velike poteškoće kad se pri Zavodu osoba želi osigurati temeljem uplaćenih doprinosa prema članku 8. Zakona tako da se ni to nije pokazalo kao efikasno rješenje za umjetnike honorarce). U odnosu na to da se radi o specifičnoj kategoriji osiguranika, koji su u pravilu zdravstveno osigurani temeljem čl. 7. st. 1., toč. 13., a zbog prirode svog posla rade temeljem autorskih ugovora od projekta do projekta i ne mogu dugo ostati u evidenciji HZZ-a, plaćaju doprinose putem autorskih ugovora, Hrvatsko društvo filmskih djelatnika predlaže da se u članku 7. stavku 1. doda točka 30. koja bi glasila: "umjetnici koji ostvaruju drugi dohodak temeljem autorskih ugovora, a kojima je umjetnička strukovna udruga izdala potvrdu o profesionalnom statusu unutar umjetničke djelatnosti".'</p>	<p>Primljeno na znanje Ovaj Nacrt prijedloga zakona ne predviđa uvjet prijave u evidenciju nezaposlenih osoba Hrvatskog zavoda za zapošljavanje za stjecanje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju.</p>
134	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2.</p> <p>U članku 7. st. 1. Točki e) potrebno je jasnije odrediti okolnost od koje počinje teći rok za prijavu Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Zavod) za osobe koje završavaju redovito školovanje. Trenutnim prijedlogom rok od 30 dana počinje teći nakon „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“, a kakvim određenjem za studente ostaje nejasno trebaju li se prijaviti u roku od 30 dana od položenog završnog ispita ili isteka akademske godine u kojoj su završili školovanje. Budući da studenti ponekad ne mogu niti pribaviti potvrdu o položenom završnom ispitu u roku od 30</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

dana, predlažemo da se definira kako za studente rok počinje teći od završetka akademske godine u kojoj su završili školovanje. Člankom 2. Prijedloga Zakona, mijenja se članak 7. na način da se novim stavcima 7. i 8. toga članka, osiguranim osobama kojima je utvrđen status u obveznom zdravstvenom osiguranju, a koje se kao nezaposlene osobe ne vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (HZZ), nameće obveza da jednom u tri mjeseca osobno pristupe Zavodu radi provjere okolnosti na temelju kojih im je taj status utvrđen. U protivnom će ih Zavod po službenoj dužnosti odjaviti iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, prvog dana nakon isteka tri mjeseca od zadnjeg osobnog pristupanja Zavodu, bez donošenja rješenja. Obvezu samo osobnog pristupa, bez mogućnosti kontaktiranja putem telefona ili elektroničke pošte smatramo neprimjerenim, osobito stoga jer će osobni pristup Zavodu jednom u tri mjeseca, dijelu osiguranika stvarati značajnije poteškoće, a prije svega financijske troškove, a ne treba zanemariti i da ne mali broj nezaposlenih stanjuje u ruralnim područjima bez osiguranog javnog prijevoza. Navedena obveza samo osobnog pristupa Zavodu predstavlja snižavanje postojećeg standarda te može i dovesti do neizravne diskriminacije osoba temeljem njihovog imovnog i zdravstvenog stanja. Naime, radi se obvezi koja se propisuje osobama koje nisu zaposlene pri čemu ukoliko žive udaljenije od podružnice Zavoda u koju bi se morale prijavljivati, za njih dolazak u Zavod može predstavljati financijski trošak koji si ne mogu priuštiti. Osim toga, obveza osobnog dolaska na Zavod svaka tri mjeseca bit će teže izvediva za one osobe koje zbog svog zdravlja nisu pokretne ili su slabije pokretne, a kojima bi osim samog zbog otežanog kretanja, osobni dolazak mogao predstavljati problem i iz perspektive financiranja troška putovanja ukoliko za kretanje trebaju poseban oblik prijevoza i/ili pratnju. Uvođenje ove obveze predstavlja dodatan problem i stoga što se radi o potpuno novoj obvezi za kategoriju osoba koje su do sada bile zdravstveno osigurane jednokratnom prijavom Zavodu, pa postoji mogućnost da neće biti upoznate s novom obvezom te da će biti odjavljene iz obveznoga zdravstvenog osiguranja zbog nedostatka informacija. Naime, predloženim stavkom 8. istog članka propisano je da će Zavod odjaviti ove osobe po službenoj dužnosti bez donošenja rješenja prvoga dana nakon isteka tri mjeseca od zadnjeg osobnog pristupanja Zavodu. Dakle, osobe kojima je trenutno status utvrđen na temelju čl. 7. st. 1. točke 13. a), možebitno ovaj status mogu izgubiti, ne zbog toga što ne bi htjele izvršavati obvezu dolaska u Zavod već zbog toga što neće biti upoznate s novom obvezom, a za što je veća vjerojatnost za one skupine građana koje teže dolaze do informacija zbog prostorne ili društvene izoliranosti, kao što su primjerice osobe koje žive u ruralnim krajevima ili pripadnici romske nacionalne manjine kod koje se bilježi osobito visok stupanj društvene izolacije. Iz svih navedenih razloga preporučujemo da se stavci 7. i 8. u potpunosti brišu. Dodatno skrećemo pažnju kako u obrazloženju ovih izmjena nije iznesena niti jedna informacija o razlozima i potrebi za njezino uvođenje. Za očekivati

je da predloženo zakonsko rješenje teži ka tome da se utvrdi stvarni broj osiguranika i smanje zlouporabe, no isto bi trebalo navesti u obrazloženju. Nadalje nije navedeno niti na koji način će upravo ova izmjena unaprijediti postojeći sustav i kakvi su njeni učinci u odnosu na osigurane osobe kojima je trenutno status utvrđen na temelju čl. 7. st. 1. točke 13. a) Zakona te kako će Zavod osigurati da sve te osobe budu informirane o novoj obvezi. Ukoliko predlagatelj Zakona ustraje u predloženom zakonskom rješenju, predlažemo u slučaju odjave osiguranika od strane Zavoda po službenoj dužnosti, regulirati da je Zavod o odjavi osiguranika po službenoj dužnosti dužan donijeti rješenje protiv kojega je moguće izjaviti žalbu kao pravni lijek, kao što je to primjerice regulirano čl. 73. Zakona o tržištu rada (NN, br. 118/18, 32/20 i 18/22) u slučaju kada HZZ-e po službenoj dužnosti pokreće i vodi postupak za prestanak vođenja nezaposlenih osoba u svojoj evidenciji. Pored već navedenog, predlažemo spomenutim stavcima ili novim stavkom/cima regulirati kojoj bi se ustrojstvenoj jedinici Zavoda osiguranici trebali javljati, a kojoj izjaviti žalbu. Važno je i naznačiti da li žalba odgađa izvršenje rješenja, za što u ovome slučaju, zbog pravnih ali i socijalnih posljedica koje mogu proizaći radi brisanja osiguranika po službenoj dužnosti, predlažemo da žalba ima odgodni učinak. Međutim, umjesto predloženog zakonskog rješenja koje sasvim sigurno teži ka tome da se utvrdi stvarni broj osiguranika, a zlouporabe smanje, mišljenja smo da je rješenje prije svega bolja suradnja Zavoda sa javnopravnim tijelima, osobito sa inspekcijskim tijelima vezano uz utvrđenje svih oblika neprijavljenog rada radnika te sa Ministarstvom unutarnjih poslova radi pojačanih kontrola reguliranje statusa onih državljana koji su napustili Republiku Hrvatsku, borave i rade u inozemstvu, a da nisu regulirali promjenu/odjavu prebivališta u RH. Nadalje, člankom 2. Prijedloga Zakona, mijenja se članak 7. na način da se isti usklađuje i sa Zakonom o socijalnoj skrbi („Narodne novine“, br. 18/22 i 46/22) kao i sa Zakonom o udomiteljstvu („Narodne novine“, br. 115/18 i 18/22) te se proširuje krug osoba koje stječu status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. S tim u vezi, predlažemo da se isto proširi na način da se na obvezno zdravstveno osiguranje obvezno osiguravaju i stječu status osiguranika i beskućnici, a što je pučka pravobraniteljica i ranije preporučivala u svojim godišnjim izvješćima. S obzirom da su beskućnici uglavnom hrvatski državljani bez prihoda, trebalo bi im jamčiti zdravstvenu zaštitu unatoč neprijavljenom prebivalištu, sve dok beskućništvo traje, a s obzirom da značajan dio beskućnika kao posebno ranjiva skupina (žive u ekstremnom siromaštvu, često su u društvu nevidljivi te im je, između ostalog, zbog lošeg imovnog stanja onemogućen pristup i zdravstvenim i drugim uslugama) u praksi često nemaju osnovno zdravstveno osiguranje zbog nereguliranog prebivališta pa zbog toga što nemaju status osiguranika dovode se u situaciju zanemarivanja zdravstvenih tegoba koje se pojavljuju, bez prevencije raznih bolesti. Dodatni problem je podmirenje troškova liječenja za beskućnike.

	<p>Pružatelji usluga smještaja navode da im zdravstvene ustanove dostavljaju račune za bolničko liječenje beskućnika koji su prijavljeni na njihovoj adresi, a koje oni uglavnom podmiruju iz vlastitih sredstava ili putem jednokratnih naknada koje odobravaju centri za socijalnu skrb. Novi Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027. među prioritete stavlja i unaprjeđenje zdravstvene zaštite ranjivih skupina, što beskućnici svakako jesu. Stoga bi trebalo propisati da im se jamči besplatna zdravstvena zaštita neovisno o reguliranom prebivalištu.</p>	
135	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Propuštanjem roka za prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje gubi pravo na isto osiguranje, a rok se propušta zbog neznanja osoba i za obvezu prijave kao i za rok prijave. S obzirom na ozbiljnost posljedica propuštanja, mišljenja smo kako je nužno uvesti obvezu obavijesti osobama kojima prestaje prijava na određenoj osnovi, o potrebi prijave na zdravstveno osiguranje na drugu osnovu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

136	<p>Hrvatsko društvo filmskih djelatnika NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Poštovani, molimo pojašnjenje predložene odredbe (čl. 7. st. 7.) kojom je propisano da su osobe osigurane prema čl. 7. st. 1., toč. 13., a koje se ne vode u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje obvezne jednom u tri mjeseca osobno pristupiti Zavodu "radi provjere okolnosti na temelju kojih im je taj status utvrđen". Što točno podrazumijeva provjera okolnosti? Ako je status utvrđen na temelju prebivališta i pravovremene prijave Zavodu (prema čl. 7. st. 1., toč. 13.), hoće li se osobi produžiti zdravstveno osiguranje iako se ne vodi pri evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje ako jednom u tri mjeseca pristupi Zavodu? Hrvatsko društvo filmskih djelatnika izražava bojazan da će veliki broj umjetnika honoraraca, tj. onih koji ostvaruju dohodak temeljem autorskog ugovora, u praksi ostati bez zdravstvenog osiguranja. Radi se o osiguranicima koji su u pravilu zdravstveno osigurani upravo temeljem čl. 7. st. 1., toč. 13., a koje će se brisati iz evidencije HZZ-a čim ostvare određeni honorar na koji se, usput rečeno, plaća i doprinos za zdravstveno osiguranje. (Iz iskustva znamo da u praksi postoje velike poteškoće kad se pri Zavodu osoba želi osigurati temeljem uplaćenih doprinosa prema članku 8. Zakona tako da se ni to nije pokazalo kao efikasno rješenje za umjetnike honorarce). U odnosu na to da se radi o specifičnoj kategoriji osiguranika, koji su u pravilu zdravstveno osigurani temeljem čl. 7. st. 1., toč. 13., a zbog prirode svog posla rade temeljem autorskih ugovora od projekta do projekta i ne mogu dugo ostati u evidenciji HZZ-a, plaćaju doprinose putem autorskih ugovora, Hrvatsko društvo filmskih djelatnika predlaže da se u članku 7. stavku 1. doda točka 30. koja bi glasila: "umjetnici koji ostvaruju drugi dohodak temeljem autorskih ugovora, a kojima je umjetnička strukovna udruga izdala potvrdu o profesionalnom statusu unutar umjetničke djelatnosti".</p>	<p>Primljeno na znanje Ovaj Nacrt prijedloga zakona ne predviđa uvjet prijave u evidenciju nezaposlenih osoba Hrvatskog zavoda za zapošljavanje za stjecanje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju.</p>
137	<p>lidija primorac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Čl 2. Stavak 16 i 17. Utvrditi na koji način će osobe biti obaviještene o potrebi prijavljivanja HZZOu radi nastavka obaveznog zdravstvenog osiguranja. U praksi se događa sa učenici/studenti/udovci/udovice nesvjesni zakonske obaveze prijavljivanja izgube pravo na zdravstvenu zaštitu zbog roka od 30 dana te je potrebno da se šalje obavijest o načinu ostvarivanja tog prava zainteresiranim osobama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

138	<p>Andrijana Žderić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Dopuna teksta - 30. Na obvezno zdravstveno osiguranje prema ovom Zakonu obvezno se osiguravaju i stječu status osiguranika osobe upisane u Registar osoba s invaliditetom sukladno Zakonu o registru osoba s invaliditetom, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi. GI "Pomozimo djeci s invaliditetom"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
139	<p>Miroslav Policki NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. "(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." Citirani stavak je neopravdan. Čak i kada je nepristupanje provjeri u Zavodu propust osobe, svaka osoba bi trebala imati mogućnost taj propust ispraviti. Trenutni Prijedlog osobe u toj situaciji stavlja u potencijalno nepovratno stanje bez ikakvog smislenog razloga, što je okrutno. A s obzirom na težinu posljedica nepristupanja provjeri, spomenute osobe bi trebale biti i upozorene na obvezu pristupanja provjeri, bilo poštom, bilo elektronički. Stoga, predlažem da se Prijedlog promijeni na način da citirani stavak (kao i članak 57.) nema nepovratne efekte i da se Zavodu uvede obveza obavještanja osoba koje imaju obvezu pristupanja provjeri u Zavodu o toj obvezi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
140	<p>Miroslav Policki NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. "(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." Vremenski period od "tri mjeseca" ima neodređeno trajanje budući da trajanje jednog mjeseca može biti od 28 do 31 dan. Predlažem da se spomenuti vremenski period izrazi u danima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

141	<p>Miroslav Policki NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Odredbe koje propisuju obveznu prijavu Zavodu u roku od 30 dana od prestanka osnove za status osiguranika radi ponovnog stjecanja tog statusa su neopravdane. Čak i kada je neprijavljivanje u Zavod propust osobe, svaka osoba bi trebala imati mogućnost taj propust ispraviti. Prijedlog zakona osobe u toj situaciji stavlja u potencijalno nepovratno stanje bez ikakvog smislenog razloga, što je okrutno. A s obzirom na težinu posljedica neprijavljivanja, spomenute osobe bi trebale biti i upozorene na obvezu prijavljivanja, bilo poštom, bilo elektronički. Stoga, predlažem da se iz Prijedloga brišu spomenuti rokovi i da se Zavodu uvede obveza obavještanja osoba koje imaju obvezu prijavljivanja Zavodu o toj obvezi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
142	<p>Jasna Vučak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Čl 2. Stavak 16 i 17. Utvrditi na koji način će osobe biti obaviještene o potrebi prijavljivanja HZZOu radi nastavka obaveznog zdravstvenog osiguranja. U praksi se događa sa učenicima/studentima/udovcima/udovicama nesvjesni zakonske obaveze prijavljivanja izgube pravo na zdravstvenu zaštitu zbog roka od 30 dana te je potrebno da se šalje obavijest o načinu ostvarivanja tog prava zainteresiranim osobama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
143	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Predlažemo da se čl. 7. st. 1. postojećeg zakona dopuni točkom 30. koja glasi: Na obvezno zdravstveno osiguranje prema ovom Zakonu obvezno se osiguravaju i stječu status osiguranika: 30. osobe upisane u Registar osoba s invaliditetom sukladno Zakonu o registru osoba s invaliditetom, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi. Predlažemo novu osnovu osiguranja koja bi osiguravala pravo na besplatno zdravstveno osiguranje svim osobama koje imaju status osobe s invaliditetom ako nisu osigurane po drugoj osnovi. Registar predstavlja sveobuhvatnu i cjelovitu, metodološki standardiziranu i kontinuirano ažuriranu evidenciju osoba s invaliditetom i djece s teškoćama u razvoju. Hrvatski zavod za javno zdravstvo je dužan izdati potvrdu o podacima upisanim u Registar. U potvrdi se navodi podatak o statusu osobe s invaliditetom, stupnju oštećenja funkcionalne sposobnosti i/ili postotak oštećenja organizma. S obzirom da se izmjeni Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju pristupa i radi usklađivanja s važećim zakonodavstvom smatramo da je potrebno uzeti u obzir i novine koje su stupile na snagu Zakonom o registru osoba s invaliditetom (Narodne novine, br. 63/22). Iz pritužbi koje zaprimamo pojedine osobe s teškim invaliditetom (npr. Down sindrom) ne ostvaruju pravo na obvezno zdravstvo osiguranje na teret proračuna, već moraju samostalno uplaćivati doprinos na obvezno</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravstveno osiguranje. Razlog nemogućnosti ostvarivanja prava (gubitka prava) na obvezno zdravstveno osiguranje kao člana obitelji osiguranika je neispunjavanje uvjeta iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju koji traži da osoba nema vlastitih sredstava za uzdržavanje. Naime, osobe s teškim oblikom invaliditeta u pravilu ostvaruju osobnu invalidninu (1.750 kuna) koja prelazi proračunski cenzus (831,50 kuna za 2022. godinu). Navedena naknada je ostvarena na temelju teškog stupnja invaliditeta i nije namijenjena za uzdržavanje. S druge strane, na temelju rješenja centra za socijalnu skrb o priznavanju prava na osobnu invalidninu, osoba može ostvariti pravo na policu dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret države tako da se javljaju situacije da osoba s teškim oblikom invaliditeta nema osnovno zdravstveno osiguranje zbog ostvarivanja prava na osobnu invalidninu i naknade koja proizlazi iz tog prava dok s druge strane upravo zbog priznavanja tog prava osoba ostvaruje pravo na dopunsko zdravstveno osiguranje na teret proračuna. S obzirom da različite kategorije osoba koje imaju samostalne osnove (npr. branitelji iz Domovinskog rata, ako zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi) predlažemo samostalnu osnovu stjecanja prava na obvezno zdravstveno osiguranje za sve osobe s invaliditetom, ukoliko osnovu za stjecanje prava na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi. Budući da status osobe s invaliditetom sukladno Zakonu o registru osoba s invaliditetom obuhvaća i sposobne za rad i nesposobne za rad, smatramo da bi uvrštavanjem nove osnove bila izbjegnuta situacija ukoliko osobe s blažim oblikom invaliditeta i sposobnošću za rad, propuste rok za prijavu od primjerice 30 dana po prestanku radnog odnosa pa izgube pravo na osnovno zdravstveno osiguranje na teret države da i dalje imaju na raspolaganju osnovu za stjecanje prava na obvezno osiguranje na teret države. Isto tako za kategoriju osoba „nesposobnih za rad i s težim stupnjem invaliditeta“ jedini uvjet bi bio medicinsko stanje, a ne i mogućnost uzdržavanja iz vlastitih sredstava što je u pravilu osobna invalidnina. U tom smislu odredba čl.10. st.1. t.3. i 4. i čl.15. sadašnjeg zakona izgubila bi smisao. Osim navedenog, pokazalo se problematičnim i situacija propuštanja rokova prijave na obvezno zdravstveno osiguranje, a koja se može pripisati i neinformiranosti samih osoba s invaliditetom, a što ima za posljedicu gubitak prava na obvezno zdravstveno osiguranje, a za koje osobe s invaliditetom niti ne znaju da su izgubile pravo već saznaju kada im je potrebna medicinska usluga. Iako svaka osoba o svojim pravima i obvezama treba voditi brigu i snositi odgovornost, smatramo da je potrebno „razumnom prilagodbom“ osobama s invaliditetom osigurati pravovremeno informiranje i to prvenstveno u vrijeme navršavanja 18 godina. Navedeno je posebno potrebno za osobe s intelektualnim i mentalnim oštećenjima. Stoga predlažemo da se u sustavu evidencije Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje: HZZO) osmisli sustav obavještanja roditelja i djece s teškoćama u razvoju koji trebaju navršiti 18 godina o potrebi daljnjeg reguliranja statusa i posljedicama

	<p>propuštanja. Navedeno je moguće učiniti putem pošte ili slanjem informacije putem portala e-Građani kao što HZZO obavještava o prestanku police dopunskog zdravstvenog osiguranja osobama koji samostalno plaćaju svoje osiguranje. Eventualno, predložimo uspostaviti način obavještavanja o potrebi reguliranja prava na obvezno zdravstveno osiguranje i po drugim osnovama.</p>	
144	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Odredbu od 30 dana bi trebalo obrisati jer se time građanima Republike Hrvatske uskraćuje pravo na zdravstvenu zaštitu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
145	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. čl7 . brisati uvijet od 30 dana jer je diskriminatoran u odnosu na ostale koji ostvaruju pravo bez obzira na taj navedeni rok. U današnje vrijeme kada se teži elektronskom povezivanju informacija odlazak "od šaltera do šaltera" zbunjuje korisnike i postaje nepotreban.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
146	<p>Ljiljana Horvat NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. Svi građani sa prijavljenim prebivalištem u RH nemaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje. U Hrvatskoj je okvirno 20 tisuća osoba izgubilo to pravo jer su, što radi pogreške poslodavca ili fakulteta što radi neinformiranosti, propustili rok od 30 dana. Kao dokaz da se građani mogu naći u takvoj situaciji ne svojom krivicom, navodim članak RTL redakcije, poveznica; https://www.rtl.hr/vijesti/hrvatska/ostali-ste-bez-obveznog-zdravstvenog-osiguranja-bez-prava-dvije-godine-osim-ako-se-zaposlite-b95c048c-b9f2-11ec-b9fa-0242ac12002a Odredbu od 30 dana potrebno je brisati jer je istom građanima RH onemogućeno ostvarivanje Ustavom zajamčenog prava, podredno u članak dodati stavak kojim se omogućava građanima koji imaju potvrdu zavoda za zapošljavanje, ostvariti pravo na obvezno zdravstveno osiguranje neovisno o roku 30 dana.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

147	<p>VANJA LOVRETIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 2. članak 2, točke (7) i (8): "(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." nije navedeno kako i kada će osobe saznati kada i gdje se moraju prijaviti, odn. kada počinje teći tih 3 mjeseca u kojima se moraju prijaviti.</p>	<p>Primljeno na znanje Osigurane osobe koje su status u obveznom zdravstvenom osiguranju stekle prema članku 7. stavku 1. točki 13. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 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 Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje radi provjere okolnosti na temelju kojih im je taj status utvrđen.</p>
148	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 3. HUUGO; u sustav obveznog osiguranja uz jedan državni zavod uvesti najmanje dva privatna (primjer Slovačke i drugih zemalja EU) jer monopol ima puno nedostataka, konkurencija dovodi do kompeticije u osiguranjima i smanjenja cijena usluga ali i boljoj kvaliteti zdravstvene usluge.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

149 **Pravobranitelj za djecu RH**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 5.
Vezano za zdravstveno osiguranje djece stranaca s odobrenim privremenim boravkom u Hrvatskoj ponovo ukazujemo na potrebu bolje zaštite prava navedene djece. Naime, da bi djeca stranci na privremenom boravku ostvarila obvezno zdravstveno osiguranje roditelji (ili druge odrasle osobe određene propisom) obvezni su plaćati mjesečne doprinose. Pritužbe koje primamo ukazuju da navedeno otežava, pa i onemogućava neku djecu u ostvarenju zdravstvene zaštite – jer neki roditelji nemaju financijske mogućnosti podmiriti mjesečne doprinose (ponekad i za više djece) za zdravstveno osiguranje. Materijalne (ne)prilike odraslih koji skrbe o djeci ne smiju biti razlog da djeca ne ostvaruju zdravstvenu zaštitu (među kojima su mnoga s ozbiljnim zdravstvenim teškoćama). Stoga ponavljamo prijedlog (upućen i vezano za odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj, u listopadu ove godine) da se u državnom proračunu osiguraju sredstva za zdravstvenu zaštitu djece koja imaju privremeni boravak u Hrvatskoj. Podsjećamo da se ovaj prijedlog temelji na obvezi Hrvatske na poštivanje Konvencije o pravima djeteta. Također, u praksi može biti sporna i odredba članka 13. Zakona koja predviđa obvezu jednokratne uplate doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje. Da bi roditelj (ili druga odrasla osoba) uopće i postao samoplatioc uvjet je jednokratna uplata doprinosa za do 12 mjeseci unatrag. Upoznati smo sa situacijama u kojima, čak i kada su djeca u Hrvatskoj primjerice samo zadnja dva mjeseca, a roditelj je ipak dužan platiti 12 mjeseci unatrag (i za mjesece u kojima dijete nije živjelo u Hrvatskoj), takav veliki novčani iznos, koji su roditelji dužni jednokratno uplatiti, onemogućava dijete u ostvarenju zdravstvenog osiguranja i zaštite. I ovdje naglašavamo da nemogućnost roditelja da podmire ovu financijsku obvezu na ime djeteta ne smije biti prepreka u ostvarenju prava djeteta na zdravstvenu zaštitu.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

150	<p>Miroslav Policki NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 5. Stari članak 13. Zakona, kao i prijedlog novog, obvezuju osobe koje nisu osigurane po drugoj osnovi na osiguravanje na obvezno zdravstveno osiguranje te na plaćanje doprinosa za to osiguranje. Time se postiže cilj predlagatelja da sve osobe u RH moraju biti zdravstveno osigurane. Međutim, taj cilj i odredbe Zakona koje ga postižu, zajedno s ostalim propisima (Zakon o doprinosima, Prekršajni zakon) imaju jedan drastičan loš efekt: penaliziraju postojanje. Drugim riječima, osoba koja samo želi živjeti u RH i biti neovisna o drugim ljudima, dakle samo postojati, to ne može, nego je prisiljena svoje postojanje plaćati, a ako ne može plaćati, onda će biti kažnjena, potencijalno zatvorom. Ne znam da li predlagatelj jednostavno nije imao ovakve osobe na umu ili ih smatra nevažnim, no ja mislim da bismo u slobodnom i demokratskom društvu trebali uvažavati različitosti dokle god one nikome ne štete, stoga predlažem da se Prijedlog promijeni na način da ne penalizira postojanje na opisani način, odnosno da ne sadrži obvezu osoba koje nisu osigurane po drugoj osnovi na osiguravanje na obvezno zdravstveno osiguranje te na plaćanje doprinosa za to osiguranje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
151	<p>DARKO MARKUŠIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 5. Čl. 5.Izmjena odnosno čl. 13 Zakona treba dopuniti na način da se jasnije definira i prestanak osiguranja spomenutih osoba. U praksi ljudi uplate osiguranje i nakon nekog vremena ne mogu više plaćati isto, dug se akumulira i nije predviđena odjava, odnosno NEMOGUĆE se odjaviti i prekinuti takvo osiguranje. Iz tog razloga mnoge fizičke osobe - brojni estradnjaci i kulturnjaci su završili na listama poreznih dužnika. Ako se netko dobrovoljno prijavio u osiguranje, morao bi se moći i odjaviti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

152	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNO ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 6. Predlažemo da se izmjene i dopune iskoriste kako bi se omogućilo stjecanje statusa obvezno zdravstveno osigurane osobe i za one osobe koje trenutno nemaju zdravstveno osiguranje, niti se mogu osigurati prema ijednoj od postojećih osnova. Radi se o osobama koje su zbog nepoznavanja obveze prijave Zavodu u određenom roku ili propuštanjem prijave iz drugog opravdanog razloga (npr. nisu znale da ih je poslodavac odjavio) izgubile status zdravstveno osigurane osobe, a ne mogu ostvariti zdravstveno osiguranje po drugoj osnovi te nemaju dostatna materijalna sredstva za plaćanje doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje prema članku 13. Zakona. Primjerice, pripadnici romske nacionalne manjine koji su među socijalno najisključenijim skupinama u hrvatskom društvu, često nemaju zdravstveno osiguranje upravo iz ovih razloga. Kako bi se omogućilo da i osobe koje se ne mogu osigurati po drugoj osnovi, a materijalno su deprivirane, imaju obvezno zdravstveno osiguranje predlažemo da se u članak 15., osim kumulativno vezano uz nesposobnost za život i rad, kao samostalna okolnost predvidi nedostatak sredstava za uzdržavanje. Ova se okolnost također može dokazivati rješenjem nadležnog upravnog tijela županije odnosno Grada Zagreba u čijem je djelokrugu obavljanje povjerenih poslova državne uprave koji se odnose na socijalnu skrb ili Zavoda za socijalni rad. Prijedlog izmjena čl. 15. St. 1. „(1) Osobe s prebivalištem odnosno odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj koje nemaju sredstva za uzdržavanje i osobe 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.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
153	<p>Andrijana Žderić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNO ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 6. S obzirom na izmjene ZOSS-a te nadležnosti JTV-a i ZOSI-ja molimo da se ovaj članak Zakona uskladi s ostalim zakonskim propisima. Isto primijeniti i kada je u pitanju Dopunsko osiguranje. GI" Pomozimo djeci s invaliditetom"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

154	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 6. Ukoliko se ne usvoji prijedlog o samostalnoj osnovi stjecanja prava na obvezno zdravstveno osiguranje na temelju statusa osobe s invaliditetom, predlažemo da se jasno propiše da se prava s osnova oštećenja zdravlja ne smatraju sredstvima za uzdržavanje. Na primjer novim Zakonom o socijalnoj skrbi, osobna invalidnina se više ne smatra prihodom, te smatramo kako je potrebno navedeno pravo (uz ostala prava s osnova oštećenja zdravlja) izuzeti od uvjeta jer svrha naknade osobne invalidnine je da služi za uključivanje osobe u zajednicu i zadovoljavanja potreba proizašlih iz invaliditeta, a ne za osiguranje egzistencije. Potrebno je izbjeći situacije da zbog ostvarivanja prava na naknadu u iznosu od 1.750 kuna, osoba izgubi pravo na obvezno zdravstveno osiguranje jer se na temelju postojećeg Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju smatra da osobnom invalidninom može sama sebe uzdržavati dok istovremeno temeljem tog istog prava ostvaruje pravo na policu dopunskog zdravstvenog osiguranja. Navedenu nelogičnost je potrebno otkloniti. Smatramo kako iznosi naknada ostvareni temeljem priznatih prava s osnova oštećenja zdravlja, a pravo na osobnu invalidninu je pravo koje se priznaje osobi s najvećim stupnjem oštećenja zdravlja, ne smije ulaziti u imovinski cenzus.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
155	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 6. S obzirom da Zakon o strancima u članku 153. stavak 1. kao jedan od uvjeta za odobrenje dugotrajnog boravišta državljaninu treće zemlje kao uvjet navodi da „ima zdravstveno osiguranje“, smatramo da taj navod dovodi do kontradikcije i nemogućnosti postupanja pri priznavanju prava na zdravstveno osiguranje sukladno ovom članku.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
156	<p>HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH BIOKEMIČARA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 7. Predlažemo da se u članku 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ne briše stavak 3., nego da se zadrži institut prethodno pribavljenih mišljenja nadležnih komora za donošenje mjera zdravstvene zaštite, izrade standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te utvrđivanja načina provođenja zdravstvene zaštite i izrade osnova za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima koji su uključeni u mrežu javne zdravstvene službe. Smatramo da je dosadašnja suradnja komora u zdravstvu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo bila i jest sadržajna i uspješna u smislu doprinosa struke unaprjeđenju pružanja zdravstvene usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

157 **HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 7.**
U navedenom članku propisano je da će se HZZO općim aktom, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita urediti ostvarivanje prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu (primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku zdravstvenu zaštitu). Iz predložene odredne nije jasno o kakvom općem aktu HZZO-a se radi. Radi li se o nekom budućem novom Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ili o drugom općem aktu HZZO-a ? Trenutna formulacija Zakona o obveznom osiguranju koja u tom pogledu nije izmijenjena od 2006. godine u praksi je značila donošenje Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja od strane ministra zdravstva, na prijedlog HZZO-a i HZJZ-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora. Sada se u uvodnom dijelu zakonskog prijedloga, osim što se nevažeći dokument proglašava važećim, ističe kako „važećim Zakonom nije izričito utvrđeno tko je ovlašten utvrditi mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, odnosno donijeti provedbeni propis kojim će se te mjere propisati“, pa se osim važenja/nevaženja propisa opravdano postavlja pitanje i je li taj dokument bio donesen od strane ovlaštene osobe. HLK se oštro protivi predloženom ukidanju potrebe pribavljanja prethodnog mišljenja nadležnih komora jer su komore potreban korektiv djelovanju ključnih institucija zdravstvenog sustava pri uređivanju sustava zdravstvenog osiguranja. Smatramo posve neprihvatljivim da je predloženo donošenje ključnog općeg akta koji će definirati mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i opseg prava, bez sudjelovanja predstavnika pružatelja zdravstvenih usluga, putem njihovih komora. Nadalje, u članku 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju predlažemo jačati sustav odgovornosti pacijenata te propisati najviši iznos obveznog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u slučajevima neodgovornog korištenja zdravstvenih resursa. Obveza sudjelovanja trebala bi biti propisana za dolaske na OHBP bez uputnice u nehitnim stanjima, koji nisu rezultirali hospitalizacijom ili potrebom dulje opservacije. Također, obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite bi trebala biti propisana i za slučaj nedolaska na dogovoreni pregled ili pretragu, koji rezultira neiskorištenim terminom za drugog bolesnika kojem je ta usluga potrebna te dovodio do neiskorištenosti predviđenih resursa (medicinsko-tehničke opreme i zdravstvenih radnika). Predlažemo razradu te osnove sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u posebnom podzakonskom propisu.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

158	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 7. Potrebno je propisati kako se mjere zdravstvene zaštite javno objavljuju</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
159	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 7. Člankom 7. kojim se mijenja članak 18. propisano je da mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje općim aktom uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita. Time se daje ovlaštenje Zavodu da definira program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u skladu s osiguranim financijskim sredstvima i raspoloživim zdravstvenim kapacitetima. Takvo predloženo rješenje sadrži opasnost da u okolnostima nedovoljnih financijskih sredstava ili kapaciteta Zavod, pod opravdanjem racionalizacije troškova, smanji opseg ili vrstu mjera zdravstvene zaštite. To više što je, prema važećem propisu po kojem je mjere donosio ministar nadležan za zdravstvo, prethodno trebalo pribaviti mišljenje nadležnih komora. Slijedom navedenoga predlažemo da i nadalje Zavod definira program mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo te uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
160	<p>Hrvatska komora primalja NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 7. Predlagatelj Hrvatska komora primalja U članku 18. stavku 3. riječi „uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora“ zamjenjuju se riječima: „uz prethodno pribavljenu suglasnost nadležnih komora“. Hrvatska komora primalja smatra kako se komore u zdravstvu trebaju uključiti aktivno u donošenje mjera zdravstvene zaštite na načina da se od istih traži suglasnost a ne mišljenje na donesene mjere a ne, kako je MZ predložilo, brisanje stavka 3. ovog članka u kojem se u potpunosti miču Komore iz procesa donošenja mjera.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

161	<p>Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Predloženim izmjenama i dopunama članka 19. ne definira se tko propisuje i određuje postupke zdravstvene njege u kući. Ali vezano na komentare kolegica na nadležnost patronažne djelatnosti, ukazujemo da su u djelatnosti zdravstvene njege u kući zaposlene brojne prvostupnice, diplomirane medicinske sestre i magistre sestrinstva s potrebnim kompetencijama planiranja i evaluiranja provođenja intervencija. Radi se o dvije djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite i nema potrebe za preklapanjem u provođenju postupaka izrade plana zdravstvene njege obzirom da medicinske sestre iste razine obrazovanja, istih kompetencija i sa dugogodišnjim iskustvom u provođenju zdravstvene njege u kući već postoje u ustanovama i privatnim praksama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
162	<p>HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH BIOKEMIČARA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. stavak 3. točka 2. Prijedlogom odredbe članka 19. stavak 3. točka 2. propisalo bi se da su osigurane osobe obvezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos za specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite ne može biti manji od 2% proračunske osnovice. S obzirom na to da proračunska osnovica iznosi 3.326,00 kn, osigurana osoba bi u troškovima specijalističke dijagnostike koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite, morala sudjelovati s minimalnim iznosom od 66,52 kn čak i u slučaju kada stvarni trošak specijalističke dijagnostike iznosi manje od 66,52 kn kao što je slučaj za neke pretrage iz područja medicinsko-biokemijske djelatnosti, laboratorijske koagulacije, citologije i mikrobiologije. Upravo zato Hrvatska komora medicinskih biokemičara predlaže da se u navedeni članak doda odredba kako u takvom slučaju iznos troškova koje snosi osiguranik ne smije biti veći od pune cijene zdravstvene usluge.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
163	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Zdravstvena zaštita ženama nije potrebna ukoliko nisu trudne i ne rađaju? Ili jednostavno nije dostojna da je se spomene u zakonu?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
164	<p>HRVATSKI URED ZA OSIGURANJE NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Predloženim izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju predviđeno je, između ostalog povećanje minimalnog iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge kao i povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba</p>	<p>Djelomično prihvaćen Prihvaćeno u dijelu odgode stupanja na snagu predmetnog članka.</p>

u troškovima zdravstvene zaštite s ciljem da se povećaju prihodi pružatelja zdravstvene zaštite za 125 mil. kn godišnje (iz obrazloženja prijedloga NP ZID ZOZO 2022.) Minimalni iznosi sudjelovanja tako u prosjeku rastu preko 33%, dok maksimalni iznos sudjelovanja raste čak 100% (sa 2.000,00 kn na 4.000,00 kn). Navedeno povećanje značajno će utjecati na standard hrvatskih građana, posebno, ali ne isključivo, onih koji nemaju sklopljeno dopunsko zdravstveno osiguranje. Osim što se radi o povećanju značajno iznad već visoke stope inflacije, isto dodatno potencira buduću inflaciju, što zasigurno nije u interesu hrvatskih građana, a vjerujemo niti u interesu Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske. Preliminarne procjene pojedinih osiguratelja sudionika na tržištu dopunskog zdravstvenog osiguranja govore o povećanju izdataka za štete dopunskog zdravstvenog osiguranja od 15% do 20%. S obzirom na iznos iz obrazloženja prijedloga ZOZO (125 mil. HRK), može se u grubo protumačiti da će se i štete HZZO-a za dopunsko zdravstveno osiguranje povećati preko 10% (uz ogradu o metodologiji i pretpostavkama procjene iz prijedloga ZOZO). Ukoliko bi se izmjene i dopune ZOZO usvojile u predloženom obliku, došlo bi do značajnog povećanja izdataka za štete i HZZO-u i svim osigurateljima u tolikoj mjeri da pravila aktuarske i osigurateljne struke dovode do potrebe povećanja cijena. Ovakva nagla povećanja šteta dopunskog zdravstvenog osiguranja protivna su prirodi osigurateljnog poslovanja koja proizlazi iz kogentnih odredbi Zakona o obveznim odnosima. Naime, ugovaratelji dopunskog zdravstvenog osiguranja sklapaju ugovore o osiguranju kroz kalendarsku godinu pod određenim uvjetima i cijenama te oni prestaju istekom u različitim mjesecima i danima svake godine. Stoga, zbog ovakvog povećanja izdataka za štete, svim osiguranicima dopunskog zdravstvenog osiguranja, bilo HZZO-a ili osiguratelja, prijeti nužno povećanje cijena dopunskog zdravstvenog osiguranja usred osigurateljnog razdoblja na što osiguranici građani RH nisu računali kada su sklapali ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Takvo postupanje bi nepotrebno i negativno utjecalo na stabilnost i povjerenje u financijski i zdravstveni sustav Republike Hrvatske. Samo društva za osiguranje imaju više od 550 tisuća osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja te se stoga osnovano postavlja pitanje zaštite njihovih interesa kao potrošača, budući da se intervencijom predlagatelja zakona mijenjaju uvjeti tijekom trajanja već ranije ugovorenih osigurateljnih pokrića. Dodatno, predloženim izmjenama ZOZO, kada se ne bi odredilo i odgođeno stupanje na snagu predmetnih povećanja, društvima za osiguranje se otežava ili onemogućuje pravovremeno usklađenje s odredbama Zakona o osiguranju (čl. 91.) koje nalažu kvalitetno upravljanje rizicima te obvezu formiranja dostatne premije osiguranja i tehničkih pričuva, što nadzire Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga. Stoga predlažemo, odustajanje od svih prijedloga za povećanja iznosa sudjelovanja po svim vidovima troškova zdravstvene zaštite. Posebno skrećemo pozornost predlagatelju odnosno

	<p>zakonodavcu da svakako nije prihvatljivo bilo kakvo povećanje u dijelu „specijalističke dijagnostike koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite“ budući da bi takva odredba značajno smanjila obavljanje niza dijagnostičkih procedura preventivne prirode što bi narušilo zdravstveni standard i zdravlje hrvatskih građana, te u konačnici prouzročilo dodatne i puno veće troškove liječenja. Ukoliko se predlagatelj odnosno zakonodavac ipak odluči na određena povećanja iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (osim spec. dijagnostike koja nije na primarnoj razini zdravstvene zaštite, gdje nikakvo povećanje nije prihvatljivo) smatramo potrebnim odrediti da se stupanje na snagu tih odredbi odgodi na godinu dana od dana stupanja na snagu Zakona, kako bi se i svi osiguranici/građani mogli pravovremeno prilagoditi na nove uvjete. U protivnom, ovako drastičnom promjenom uvjeta ugrožavaju se prava osiguranika i potrošača.</p>	
165	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Ovim se člankom uređuju i iznosi sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine zdravstvene usluge. Predloženim dolazi do povećanja iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, pa tako sa trenutno važećih do najviše 60,13%, predlaže se povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu na najviše 120,26% proračunske osnovice, što je duplo u odnosu na trenutno važeću odredbu. Predlagatelj navodi da je isto potrebno radi uravnoteženja financijskog poslovanja obveznog zdravstvenog osiguranja i sustava zdravstva te da ovo sudjelovanje u troškovima predstavlja direktan prihod pružatelja zdravstvene zaštite te se očekuje da bi ovakvim zakonskim rješenjem mogli ostvariti uvećanje prihoda za cca 125 milijuna kuna na godišnjoj razini. Osim značajnijeg povećanja prihoda u sustavu zdravstva, ne daje se drugi razlog, a niti se time jamči kvalitetnija i dostupnija zdravstvena zaštita.. Ovo posebno može biti dodatni financijski teret za starije i kronične bolesnike te socijalno ugrožene, bez ili s minimalnim primanjima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
166	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Povećanje iznosa sudjelovanja (participacije) bilo bi korisno tek kao jedna od dijela širih mjera (primjerice kao plan povećanja broja korisnika dopunskog zdravstvenog osiguranja), ali na ovaj način će izravno poskupiti dio zdravstvenih usluga dijelu građana (oko 60.000). Predlagatelj ovu mjeru "opravdava" činjenicom uprihođenja 125 mil. kn godišnje, međutim to je svega 0,4% trenutnog proračuna HZZO-a, odnosno oko 1.1% sredsatava predviđenih za "limite" (svim) bolnicama. To zapravo znači da će se cijena epizode liječenja u nekim slučajevima građanima i dvostruko povećati, dok će prihod za zdravstvo biti neznatan.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

167	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. U predloženi članak 19. dodati stavak 10. koji glasi: Patronažna zdravstvena zaštita utvrđuje potrebu i određuje opseg provođenja zdravstvene njege u kući bolesnika samostalno ili na prijedlog izbranog liječnika primarne zdravstvene zaštite. OBRAZLOŽENJE: Patronažne sestre/tehničari su visokoobrazovani zdravstveni radnici koji i sada sudjeluje u procesu propisivanja zdravstvene njege u kući bolesnika, ali u svojstvu predlagača (uvođenja i opsega provođenja). Obzirom da je zdravstvena njega primarna domena medicinskih sestara (one o zdravstvenoj njezi uče tijekom školovanja, dok liječnici na fakultetu o tome ne uče) te da u patronažnoj službi rade visokoobrazovani zdravstveni radnici (medicinske sestre/tehničari) bilo bi potpuno logično ovaj segment izuzeti iz sfere posla i odgovornosti izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite (i barem ih tako malo rasteretiti) i dodijeliti ih u sferu posla i odgovornosti patronažne zdravstvene zaštite (koja taj posao već i radi, ali trenutno samo na razini preporuke izabranim liječnicima).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
168	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Mišljenja smo kako je potrebno naglasiti pravovremenost zdravstvene zaštite. Ako zdravstvena zaštita nije pravovremeno pružena, onda kao da je i nema. Također, predlažemo dopuniti točku 10. stavka 2. na način da se dodaju i akutne psihijatrijske bolesti. U vezi najvišeg iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite po jednom ispostavljenom računu za izvršenu uslugu, mišljenja samo kako je potrebno uzeti u obzir osiguranike koji su zbog nemogućnosti pružanja usluge u jednoj bolnici upućeni u drugu bolnicu te im je izdano više računa. Za osiguranike usluga treba biti jednaka, međutim ne mogu se stavljati u nepovoljniji položaj osiguranici koji ne plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje, a koji žive na područjima gdje bolnice ne pružaju sve usluge, u odnosu na osiguranike koji ne plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje, a koji mogu dobiti sve potrebne usluge npr. u bolnicama u Zagrebu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

169	<p>Zlatko Bukvić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Prijedlog rasprave i dopuna kolegica vezanih za patronažnu djelatnost i zdravstvenu njegu u kući nije predmet ovog članka. Međutim, ukazujem na promjene koje se događaju u obrazovanju zdravstvenog kadra i stjecanja kompetencija formalnim obrazovanjem. Na tom tragu djelatnost zdravstvene njege u kući bogatija je za sve veći broj prvostupnica/prvostupnika i magistara sestrinstva (imaju i temeljnu srednjoškolsku medicinsku naobrazbu) koji mogu samostalno procjenjivati i dogovorno s liječnicima obiteljske medicine planirati i evaluirati postupke zdravstvene njege u kući.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
170	<p>Zlatko Bukvić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. U dosadašnjem zdravstvenom sustavu, neovisno radi li se o primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj razini kontinuirano se zanemaruju potrebe djece s teškoćama i odraslih osoba s urođenim ili stečenim invaliditetom na sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu, liječenje i rehabilitaciju. Svakako u smislu zaštite izostaje potrebni intenzitet preventivnih aktivnosti koje su usmjerene na konkretne pojedince i okolinu koja ih u zdravstvenom ponašanju treba podržavati. Izlaganje djece i odraslih postupcima, tretmanima i "stručnjacima" koji nisu educirani stavlja ih u rizik nastanka oštećenja i pogoršanja trenutnog stanja. Važno je ovim izmjenama predvidjeti da u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji osobe s invaliditetom imaju prema ovom zakonu pravo i na defektološku procjenu/dijagnostiku i tretman/postupke. Defektološka (trenutno nazivlje edukacijsko rehabilitacijska) znanost i praksa posjeduje specifična znanja i vještine koje dolaze do izražaja u prevenciji i tretmanu, prilagodbama okruženja (materijalnog i socijalnog) i pomagala (za kretanje, svakodnevne aktivnosti, komunikaciju...). Prevencija nastanka, ali i prevencija daljnjeg pogoršanja teškoća, stanja, simptoma u domeni je ovih stručnjaka. Ne može se sveobuhvatnom zdravstvenom zaštitom smatrati procjena djeteta i odraslih kao ni savjetovanje roditelja djece s teškoćama i obitelji odraslih s invaliditetom koju provode samo patronažne sestre, pedijatri ili drugi specijalisti u zdravstvu koji su usmjereni na zdravstveni aspekt bolesti ili stanja. Apeliram da se provede uvrštavanje defektoloških/edukacijsko-rehabilitacijskih postupaka na sve razine zdravstvene zaštite kao osnovnog prava za očuvanje i unapređenje zdravlja djece, odraslih i starih koji imaju neku vrstu i stupanj invaliditeta ili su u riziku za nastanak.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
171	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Člankom 8. stavkom 3. mijenja se članak 19., propisuje se sudjelovanje osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite za pojedine</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

zdravstvene usluge. Slijedom navedene odredbe 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 predlažu se značajna uvećanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, i to, primjerice, 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% na 1% (odnosno s 25,00 na 33,00 kune) · specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5% na 2%, (s 50,00 na 67,00 kuna) · ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode utvrđene listom ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda uvećava se postotak proračunske osnovice s 1,5% na 2%, (s 50,00 na 67,00 kuna) · 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% na 1% (odnosno s 25,00 na 33,00 kune) · troškove bolničke zdravstvene zaštite uvećava se postotak proračunske osnovice s 3,01% na 4,01% (s 100,00 na 134,00 kune) · dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe od 18 do 65 godina starosti uvećava se postotak proračunske osnovice s 30,07% na 40,09% (s 1.000,00 na 1333,00 kune) · dentalna pomagala utvrđena listom dentalnih pomagala za osobe starije od 65 godina uvećava se postotak proračunske osnovice s 15,03% na 20,04% (s 500,00 na 670,00 kuna)

Ujedno se predlaže i povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite sa 60,13 % proračunske osnovice na 120,26% proračunske osnovice, odnosno s 2.000,00 na 4.000,00 kuna). Budući da je, u uvjetima povećane inflacije i otežanim socijalno-ekonomskim prilikama u kojima živi veliki broj umirovljenika i drugih starijih osoba, ovo povećanje sudjelovanja u troškovima zdravstvenih usluga, riječ o novom udaru na uvjete života umirovljenika i starijih osoba čija je smrtnost ionako vidljivo porasla, radi ublažavanja udara na standard umirovljenika i dostupnost zdravstvenih usluga Sindikat umirovljenika Hrvatske traži da se usporedo s izmjenama i dopunama ovoga zakona izmijeni prihodovni cenzus za osiguranike koji sredstva za dopunsko zdravstveno osiguranje stječu na teret državnog proračuna i to za: - osigurane osobe samce čiji ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi prihodovni cenzus viši od hrvatske linije siromaštva utvrđene u tekućoj godini – i to trenutno ne više od 3.038 za samca, a po članu obitelji ne više od 1.595 kuna. Time bi bilo nepotrebno drugim zakonima utvrđivati vrijednost tzv. cenzusa za besplatno zdravstveno osiguranje, jer bi on bio automatski izjednačen s linijom siromaštva važećoj u tekućoj godini.

172	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Patronažne sestre/tehničari su visokoobrazovani zdravstveni radnici koji i sada sudjeluje u procesu propisivanja zdravstvene njege u kući bolesnika, ali u svojstvu predlagača (uvođenja i opsega provođenja). Obzirom da je zdravstvena njega primarna domena medicinskih sestara (one o zdravstvenoj njezi uče tijekom školovanja, dok liječnici na fakultetu o tome ne uče) te da u patronažnoj službi rade visokoobrazovani zdravstveni radnici (medicinske sestre/tehničari) bilo bi potpuno logično ovaj segment izuzeti iz sfere posla i odgovornosti izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite (i barem ih tako malo rasteretiti) i dodijeliti ih u sferu posla i odgovornosti patronažne zdravstvene zaštite (koja taj posao već i radi, ali trenutno samo na razini preporuke izabranim liječnicima).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
173	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Slažem se sa Dunjom Ljubičić. Svakako u članak 19. proširiti ovlasti patronažnoj službi koja je visokokvalificirana medicinska služba i vrlo dobro zna o potrebi uvođenja kućne njege koja treba svakako biti u njihovoj nadležnosti te bi tako rasteretili liječnike obiteljske medicine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
174	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. HUUGO; 1. pravo na zdravstvenu zaštitu (dodati: pravovremenu zdravstvenu zaštitu) Novčane naknade koje danas terete sredstva obveznog zo (bolovanja duža od 42 dana i...) prenijeti na teret socijalne skrbi, Obavezno definirati okvire u kojima osiguranik mora dobiti termin zdravstvenu uslugu (naprvi pregled fizijatra čeka se po 6 mjeseci, nije isto ako se radi o radnoaktivnoj osobi (koja čezbog toga biti na dugombolovajuu) ili o starijoj osobi koja ima svojedegenerativne promjene</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
175	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Radi jednake dostupnosti zdravstvene usluge, nužno je svim osiguranicima obveznog zdravstvenog osiguranja omogućiti korištenje usluge pod jednakim uvjetima kako u javnom tako u privatnom zdravstvenom sektoru. Glede nastalog troška, nužno je refundirati trošak nastao osiguraniku ukoliko je usluga pružena izvan mreže javnog zdravstva s obzirom na izdvajanja za obvezne doprinose čime se osiguranicima mora zajamčiti sloboda izbora ustanove u kojoj ostvaruju zdravstvenu zaštitu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

176	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Svakako u članak 19. proširiti ovlasti patronažnoj službi koja je visokokvalificirana medicinska služba i vrlo dobro zna o potrebi uvođenja kućne njege koja treba svakako biti u njihovoj nadležnosti te bi tako rasteretili liječnike obiteljske medicine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
177	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. U predloženi članak 19. dodati stavak 10. koji glasi: Patronažna zdravstvena zaštita utvrđuje potrebu i određuje opseg provođenja zdravstvene njege u kući bolesnika samostalno ili na prijedlog izbranog liječnika primarne zdravstvene zaštite. OBRAZLOŽENJE: Patronažne sestre/tehničari su visokoobrazovani zdravstveni radnici koji i sada sudjeluje u procesu propisivanja zdravstvene njege u kući bolesnika, ali u svojstvu predlagača (uvođenja i opsega provođenja). Obzirom da je zdravstvena njega primarna domena medicinskih sestara (one o zdravstvenoj njezi uče tijekom školovanja, dok liječnici na fakultetu o tome ne uče) te da u patronažnoj službi rade visokoobrazovani zdravstveni radnici (medicinske sestre/tehničari) bilo bi potpuno logično ovaj segment izuzeti iz sfere posla i odgovornosti izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite (i barem ih tako malo rasteretiti) i dodijeliti ih u sferu posla i odgovornosti patronažne zdravstvene zaštite (koja taj posao već i radi, ali trenutno samo na razini preporuke izabranim liječnicima).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
178	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. č19 st6 - promijeniti na 45 godina. Preventiven aktivnost treba početi puno prije nego što se razviju kronične bolesti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
179	<p>Hrvatska komora primalja NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 8. Predlagatelj Hrvatska komora primalja U članku 19. stavku 2. točki 4. iza riječi „zdravstvenu zaštitu žena u vezi s praćenjem trudnoće i poroda“ dodaju se riječi „te primaljska skrb“. Primaljska skrb je širi pojam koji obuhvaća i zdravstvenu zaštitu žene nakon porođaja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
180	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Jedinstvena lista lijekova/pomagala/medicinskih proizvoda nije i dalje jasna. Koja joj je namjera?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

181	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Ovim se člancima uvode jedinstvene liste lijekova, ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda te dentalnih pomagala Zavoda, bez naznake osnovna, dopunska ili dodatna, uz slobodu formiranja dodatnih listi koje će ovisiti o poslovnoj odluci, raspoloživim sredstvima za tu vrstu zdravstvene zaštite i utvrđenim standardima prava na lijekove, ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode te dentalna pomagala. Predlažemo dodatno pojasniti svrhu i cilj objedinjavanja lista, osim što predlagatelj navodi da se jedinstvena lista uvodi radi „jednostavnosti“. Također, potrebno bi bilo pojasniti na koji način će biti podijeljene skupine dosadašnjih „besplatnih lijekova“ i onih uz nadoplatu, kao i hoće li doći do dodatnog poskupljenja, odnosno širenja onih lijekova koji su do sada bili „besplatni“ na one koji će se dobivati uz nadoplatu te hoće li se uvesti nadopлата za sve lijekove s ove jedinstvene liste. Ovo posebno ističemo iz razloga što predložena izmjena može voditi većem dodatnom financijskom teretu za starije i kronične bolesnike te socijalno ugrožene, bez ili s minimalnim primanjima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
182	<p>Belupo d.d. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Aktualni sustav koji predviđa osnovnu i dopunsku listu lijekova među najbolje je razrađenim modelima ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu unutar sustava zdravstvenog osiguranja u RH te je razlog što su i godinama nakon uvođenja tog sustava troškovi za lijekove u ljekarnama zadržani na istoj razini rashoda unutar proračuna HZZO. Dodatno, provedenim mjerama racionalizacije uporabe lijekova po modelu osnovne i dopunske liste lijekova omogućilo se uvođenje niza novih lijekova u listu lijekova. Potom, iako se navodi kako su izmjene članka 20. predviđene tek radi pojednostavljenja, ipak su vrlo osjetljive u smislu moguće promjene cijelog sustava osnovno/dopunsko osiguranje, što predstavlja vraćanje na vrijeme neracionalnosti i stalnog rasta troškova u ljekarničkom kanalu, kao i otežanog uvođenja novih lijekova koji se izdaju na recept u ljekarnama. Uz ukidanje osnovne i dopunske liste lijekova, u ovom prijedlogu izmjena članka 20. ZOZO mijenja se uspostavljeni visoki doseg i u drugom bitnom elementu: sadržaju podataka. Iz prijedloga je očigledno kako brojni važni elementi i podaci o lijekovima ne bi bili sastavni dio liste lijekova; međutim, ako isti ne bi bili raspoloživi nositeljima odobrenja i ugovornim subjektima HZZO-a, pa čak i samom Zavodu, HALMED-u ili Ministarstvu zdravstva, postavlja se pitanje funkcioniranja sustava lijekova. Naime, nameće se pitanje načina provođenja niza radnji vezanih uz propisane mjere politike lijekova, koje se bez potpunog uvida u npr. nositelja odobrenja, cijene, DDD, i dr., neće moći provoditi. Stoga, u članku 20. ZOZO potrebno je zadržati stavak vezan uz sve podatke iz postojeće liste lijekova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

183	<p>Alkaloid d.o.o. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Kao što je navedeno u ranijim komentarima, smatramo da predložene izmjene nisu u duhu i dalje važeće Direktive 89/105/EEZ koja u čl. 6. st. 4. navodi kako države članice objavljuju u odgovarajućem glasilu potpunu listu proizvoda obuhvaćenih sustavom zdravstvenog osiguranja, zajedno s cijenama koje su utvrdila nadležna nacionalna tijela. U uvodu navedene Direktive istaknuto je kako razlike između njome određenih mjera mogu neposredno utjecati na djelovanje zajedničkoga tržišta lijekovima te da je cilj Direktive omogućiti javni pristup svim zainteresiranim osobama koje su uključene u promet lijekovima u državama članicama obzirom da Direktivom predviđeni podaci moraju biti javni radi postizanja transparentnosti. Dodatno, predložene izmjene u pitanje dovode provođenje postupaka propisanih Pravilnikom o mjerilima za stavljanje lijekova na listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao i načinu utvrđivanja cijena lijekova koje će plaćati Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje te načinu izvještavanja o njima. Zaključno, ovakve izmjene koje utječu na transparentnost i provođenje radnji vezanih uz propisane mjere politike lijekova, a po shvaćanju EU institucija mogu utjecati i na djelovanje zajedničkoga tržišta lijekovima, ne bi se trebale donositi radi jednostavnosti, kako je to navedeno u obrazloženju nacrta prijedloga. Zbog svega navedenog, predlažemo da se ovim člankom izričito propiše da će barem nositelji odobrenja i ugovorni partneri HZZO-a imati uvid u sve podatke i sve cijene lijekova kao i do sada.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
184	<p>Jadran Galenski Laboratorij d.d. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Slažemo se s ranije navedenim komentarima, da su predložene promjene protivne važećim odredbama EU Direktive o transparentnosti mjera kojima se uređuje određivanje cijena lijekova za humanu uporabu i njihovo uključivanje u nacionalne sustave zdravstvenog osiguranja (89/105/EEZ), koje obvezuje državu članicu da u odgovarajućem glasilu objavljuje listu proizvoda obuhvaćenih sustavom zdravstvenog osiguranja, zajedno s cijenama koje su utvrdila nadležna nacionalna tijela. Smatramo da bi lista lijekova objavljena na mrežnim stranicama Zavoda trebala sadržavati sve podatke navedene u trenutno važećem članku 20. Zakona i da bi one trebale biti dostupne nositeljima odobrenja i ugovornim partnerima HZZO-a jer bez podataka o cijenama lijekova ne mogu se provoditi postupci propisani Pravilnikom o mjerilima za stavljanje lijekova na listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao i načinu utvrđivanja cijena lijekova koje će plaćati Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje te načinu izvještavanja o njima, kao što su stavljanja lijekova na listu lijekova Zavoda, terapijsko i bolničko usklađivanja cijena lijekova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

185	<p>Csaba Dohoczky NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Nije dovoljno propisati da se lista lijekova objavljuje na mrežnim stranicama Zavoda nego je nužno propisati da se takve odluke moraju javno objaviti i u Narodnim novinama kako bi se zadovoljile odredbe važeće EU Direktive o transparentnosti mjera kojima se uređuje određivanje cijena lijekova za humanu uporabu i njihovo uključivanje u nacionalne sustave zdravstvenog osiguranja (89/105/EEZ). Direktiva nalaže državi članici da objavljuje u odgovarajućemu glasilu listu proizvoda obuhvaćenih sustavom zdravstvenog osiguranja, zajedno s cijenama koje su utvrdila nadležna nacionalna tijela. Ovi se podaci ažuriraju najmanje jedanput godišnje. To propisuju članci 2. točka 3., 3. točka 3., 6. točka 6. i 7. točke 1., 2. i 4. Direktive. Stoga predlažem da točka 6. ovog članka glasi: (6) Listu lijekova iz stavka 1. ovoga članka donosi Upravno vijeće Zavoda, a objavljuje se u Narodnim novinama i na mrežnoj stranici Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
186	<p>PLIVA Hrvatska d.o.o. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Mišljenja smo da bi lista lijekova trebala i dalje sadržavati podatke navedene u trenutno važećem članku 20. Zakona, i da bi ti podaci trebali dostupni nositeljima odobrenja i drugim ugovornim partnerima HZZO-a. U suprotnom se ne bi mogli provoditi postupci terapijskog i bolničkog referiranja cijena lijekova propisanih Pravilnikom o mjerilima za stavljanje lijekova na listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao i načinu utvrđivanja cijena lijekova koje će plaćati Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje te načinu izvještavanja o njima. Predlažemo da se dodatno odvojeno propiše koji od naprijed navedenih podataka će se javno objavljivati na mrežnim stranicama HZZO-a u svrhu informiranja bolesnika o doplati za pojedini lijek.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

187	<p>KRKA-FARMA d.o.o. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Kao što je već navedeno, uskraćivanjem svih podataka o cijeni lijeka umanjuje se razina transparentnosti koja je do sada bila dostupna. Cilj tehničkih izmjena za svrhu bi trebao imati jasno definirane i vidljive podatke dostupne svim građanima RH. Jednostavnost primjene također bi trebala biti smisao ovakvih izmjena. Navedenim prijedlogom izmjena, uz narušavanje transparentnosti, nameće se i pitanje postupka godišnjeg usklađivanja cijene lijekova te stavljanja lijekova na listu lijekova, gdje se neće vidjeti iznos dijela cijene koju plaća Zavod. Iz navedenog, ne slažemo se s time da u listi lijekova bude vidljiva samo obveza sudjelovanja osigurane osobe u cijeni lijeka. Međutim, ukoliko do izmjene mora doći, predlažemo da u Zakonu bude navedeno da svi podaci vezani uz cijene budu dostupni nositeljima odobrenja, što uključuje sve do sada vidljive podatke, ukupnu cijenu lijeka, dio koji plaća Zavod te doplatu za pacijenta.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
188	<p>Sandoz d.o.o. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9. Smatramo kako se ukidanjem podataka o cijeni lijeka s liste umanjuje razina transparentnosti koju smo do sada imali i ne vidimo valjan razlog za takvu vrstu tehničke izmjene. U slučaju da predlagatelj inzistira na ukidanju podataka o cijeni slažemo se s prijedlogom iz komentara ovog savjetovanja da se uvede odredba kojom se izrijekom propisuje da će nositelji odobrenja i ugovorni partneri HZZO-a imati uvid u sve podatke i sve cijene lijekova kao i do sada.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

189 HGK

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9.

Vezano uz članak 9. naša članica skreće pozornost na sljedeće: Izmjene članka ostavljaju mogućnost ne iskazivanja cijene lijekova kao do sada, što dovodi do netransparentnosti, a samim time se otvara i mogućnost manipulacija. Nadalje, može doći i do većeg narušavanja financijske održivosti sustava jer bi se moglo dogoditi da bolnice moraju fakturirati lijekove Zavodu po NDC. Također osnovica za PDV raste zbog potencijalne mogućnosti fakturiranja po višoj cijeni bolnica prema HZZO-u. Lista lijekova treba sadržavati cijenu pakiranja, cijenu jediničnog oblika, cijenu doplate i cijenu DDD. Iako su najviše dozvoljene cijene po kojima se lijekovi mogu nalaziti na tržištu RH javno objavljene na stranicama HALMED-a, najčešće su te cijene daleko više od cijena koje Zavod plaća za lijekove i koje su objavljene na Listama lijekova Zavoda. Za jedan dio lijekova na Listi lijekova, zbog bolje dostupnosti, Zavod ima ugovorima dogovorene niže cijene od cijena na Listi, međutim to ne smije biti razlog da se na Listama ne prikazuje cijena lijeka jer ista na Listi Zavoda za većinu lijekova prikazuje realnu cijenu koju Zavod plaća. HZZO je javna ustanova i trebala bi funkcionirati na načelima transparentnosti. Kao društvo trebali bi težiti što većem broju dostupnih javnih informacija koje se dotiču svakog građanina RH upravo suprotno od uskraćivanja postojećih prema prijedlogu novog ZOZO. Stoga nedopustivo je da se zbog različitih interesnih sfera u društvu građanima uskrati informacija o cijenama lijekova koje pokriva njihovo zdravstveno osiguranje. Više puta smo kroz medije čuli da građani RH nisu svjesni koliko zdravstvo košta, izostanak javnog iskazivanja cijena lijekova sa liste Zavoda ne bi pripomogao osvješćivanju, već upravo suprotno.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

190 **Tonći Buble**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 9.
Postojeći model osnovne i dopunske liste lijekova HZZO je najbolje razrađen model ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu unutar zdravstvenog osiguranja u RH. Prije više od 30 godina uveden je ATK/DDD sustav sa svim danas dostupnim podacima u listi lijekova, dok se 2007. godine uvela osnovna i dopunska lista lijekova po modelu terapijski standard + referentna cijena. Od doplate s dopunske liste lijekova nitko nije oslobođen jer je terapijski standard u osnovnoj listi lijekova visoko postavljen i nema potrebe oslobađanja od zadržane više cijene za istu terapijsku vrijednost. To je jedino područje u zdravstvenom osiguranju koje je uređeno po takvom modelu i godinama poslije je zadržalo troškove za lijekove u ljekarnama na istoj razini rashoda unutar proračuna HZZO (sve do trenutka prebacivanja skupih bolničkih lijekova u tu stavku proračuna). Istodobno, provedenim mjerama racionalizacije uporabe lijekova po modelu osnovne i dopunske liste lijekova omogućilo se uvođenje niza novih lijekova u listu lijekova, sa značajno boljim terapijskim vrijednostima. U ovom prijedlogu izmjena članka 20. ZOZO mijenja se uspostavljeni visoki doseg upravo u navedena dva najvažnija elementa: sadržaj podataka i ukidanje osnovne i dopunske liste lijekova. Time se dokida jedina uspješna reforma provedena u zdravstvenom osiguranju RH nakon što je 2002. godine uveden postojeći sustav. Iz prijedloga je očigledno kako brojni važni elementi i podaci o lijekovima ne bi bili sastavni dio liste lijekova, međutim, ako isti ne bi bili raspoloživi nositeljima odobrenja i ugovornim subjektima HZZO-a, pa čak i samom Zavodu, HALMED-u ili Ministarstvu zdravstva, postavlja se pitanje funkcioniranja sustava lijekova. Naime, nameće se pitanje načina provođenja niza radnji vezanih uz propisane mjere politike lijekova koje se bez potpunog uvida u npr. nositelja odobrenja, cijene, DDD, itd. neće moći provoditi. U članku 20. ZOZO mora se zadržati stavak vezan uz sve podatke iz postojeće liste lijekova, te jasno propisati kako će nositelji odobrenja i ugovorni partneri HZZO-a imati uvid u sve podatke i sve cijene lijekova kao i do sada. Ako će HZZO na svojim mrežnim stranicama radi informiranja javnosti objaviti samo dio podataka važnih osiguranicima, to treba urediti posebnim stavkom ovog članka. Nadalje, iako se navodi kako su izmjene članka 20. tehničke prirode, tek radi jednostavnosti, one su vrlo osjetljive u smislu moguće promjene cijelog sustava osnovno +dopunsko, a što je (u odnosu na lijekove) vraćanje na postavke od prije 15 godina, vraćanje na vrijeme neracionalnosti i stalnog rasta troškova u ljekarničkom kanalu, ali i otežanog uvođenja novih lijekova koji se izdaju na recept u ljekarnama.

Prihvaćen
Prihvaćen.

191	<p>HRVATSKI URED ZA OSIGURANJE NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 10.</p> <p>Prijedlog ZOZO u člancima 9., 10., 11. i 12. predviđa uvođenje liste lijekova, ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda te dentalnih pomagala Zavoda bez naznake osnovna, dopunska ili dodatna. U obrazloženju prijedloga ZOZO se navodi: „Na taj način omogućit će se jednostavnije formiranje navedenih lista od strane Zavoda, uz slobodu da se formira jedna ili više lista lijekova, ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda odnosno dentalnih pomagala ovisno o poslovnoj odluci, raspoloživim odnosno osiguranim sredstvima za tu vrstu zdravstvene zaštite i s tim u vezi utvrđenim standardima prava na lijekove, ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode te dentalna pomagala za osigurane osobe Zavoda.“ Iako HZZO ne pruža pokriće lijekova s tzv. B liste, postoje privatni osiguratelji koji nude takav proizvod. Kako se navodi gore, očita je intencija da se HZZO-u omogući još veća samostalnost i fleksibilnost upravljanja predmetnim listama lijekova, a posljedično i utječe na nepredvidive i nekontrolabilne štete dopunskog osiguranja privatnih osiguratelja. Osim ove problematike, ovdje je prisutna i problematika vezana uz niz sklopljenih ugovora privatnih osiguratelja koji se ne mogu jednostrano u kratkom roku izmijeniti tj. otkazati, što predstavlja dodatni udar na sve potrošače, osiguranike u dopunskom zdravstvenom osiguranju. Konačno, ukoliko se prihvati prijedlog ZOZO u ovom obliku gotovo je sigurno da bi proizvod pokrića B liste lijekova nestao s hrvatskog tržišta, što je korak nazad u razvoju privatnog zdravstvenog osiguranja ali i značajan problem za dio hrvatskih građana koji imaju potrebu za takvim proizvodom. Slijedom navedenog, predlažemo da se zadrži postojeće zakonsko rješenje. Ukoliko bi se inzistiralo na novom predloženom rješenju, predlaže se obvezati HZZO da prije uvođenja novih lista i/ili izmjene/dopune predmetnih lista provede javno savjetovanje budući da bi takvo postupanje imalo utjecaja na postojeće ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju i prava osiguranika/potrošača.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	--

192	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 10. Ovim se člancima uvode jedinstvene liste lijekova, ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda te dentalnih pomagala Zavoda, bez naznake osnovna, dopunska ili dodatna, uz slobodu formiranja dodatnih listi koje će ovisiti o poslovnoj odluci, raspoloživim sredstvima za tu vrstu zdravstvene zaštite i utvrđenim standardima prava na lijekove, ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode te dentalna pomagala. Predlažemo dodatno pojasniti svrhu i cilj objedinjavanja lista, osim što predlagatelj navodi da se jedinstvena lista uvodi radi „jednostavnosti“. Također, potrebno bi bilo pojasniti na koji način će biti podijeljene skupine dosadašnjih „besplatnih lijekova“ i onih uz nadoplatu, kao i hoće li doći do dodatnog poskupljenja, odnosno širenja onih lijekova koji su do sada bili „besplatni“ na one koji će se dobivati uz nadoplatu te hoće li se uvesti nadopлата za sve lijekove s ove jedinstvene liste. Ovo posebno ističemo iz razloga što predložena izmjena može voditi većem dodatnom financijskom teretu za starije i kronične bolesnike te socijalno ugrožene, bez ili s minimalnim primanjima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
193	<p>Belupo d.d. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 10. Upravo neodgovarajuća provedba mjera za posebno skupe bolničke lijekove kojima se uspješnije liječe određene bolesti, pritom uz nedovoljno praćenje ishoda liječenja i nedostatak registara bolesnika, jedan je od uzroka financijske nestabilnosti sustava zdravstva RH. Naime, danas je najveći problem politike lijekova postala potrošnja skupih lijekova u bolnicama, s obzirom na to da nije uspostavljena dobra provedba načela farmakoekonomike i ne postoji jasna procedura propisivanja, pa nastaje problem racionalne uporabe i kontrolirane potrošnje skupih lijekova. Nažalost, osim rapidnog rasta troškova, to je razlog i loših terapijskih ishoda. Uz navedeno, po postojećem čl. 21. ZOZO u bolnicama je moguće koristiti skupe lijekove koji nisu na listi lijekova HZZO ili su izvan indikacija utvrđenih listom lijekova, bez pravila i kontrole opravdanosti – što je dodatni generator ogromnog rasta potrošnje lijekova u bolnicama. Problem se kumulira te povremenim sanacijama zakratko odgodi, te je pitanje vremena kada će nastati novi udar na ukupno financiranje sustava. Pod izgovorom boljitka za bolesnika ciljana terapija nije osigurana samo potrebitima, što na koncu dovodi do nestašice i blokade stvarno potrebnih lijekova. Postojeći prijedlog izmjena ZOZO nažalost baš ništa ne mijenja u ovom pogledu. Umjesto definiranja procedure i načina uporabe posebno skupih lijekova, kojom bi se uveli registri bolesnika i praćenje ishoda liječenja, prijedlogom se tek ukidaju pojmovi "osnovno i dopunsko"! U tom smislu ovaj članak potrebno je dopuniti odgovarajućim odredbama.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

194	<p>KRKA-FARMA d.o.o. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 10. Slažemo se s nižim komentarima da je potrebno uvesti sustavno praćenje potrošnje skupih lijekova unutar bolnica, kao i s time da je potrebno definirati procedure propisivanja za najskuplje terapije.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
195	<p>Sandoz d.o.o. NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 10. Smatramo kako ukidanje pojmova "osnovna" i "dopunska" lista te uvođenje jedne jedinstvene liste lijekova, bez popratne reformske mjere nema nikakvu dodanu vrijednost. Suglasni smo s prethodnim komentarom da je ključno praćenje potrošnje bolnica na skupe lijekove. Naime, 2 od 3 pacijenta u bolnicama liječen je generičkim i biosličnim lijekovima, a u trošku bolničkog sustava ti lijekovi čine samo 10%. Nadalje, otkad su bioslični lijekovi prisutni u Hrvatskoj u području imunologije liječi se 67% više pacijenata za svega 19% veći trošak. Potencijal uštede koji donose takvi lijekovi nije dovoljno iskorišten. To najbolje pokazuje činjenica da je udio generičkih lijekova na domaćem tržištu svega 30% vrijednosti, a biosličnih lijekova 20%. Preostalih 70-80% "odlazi" na znatno skuplje originalne lijekove. Provedbom postojeće regulative za određivanje cijene lijekova, bržim uvrštavanjem generičkih lijekova na listu lijekova HZZO-a, bržom penetracijom generičkih i biosličnih lijekova u bolnički sustav te pridržavanjem smjernica liječenja i mjerenjem ishoda možemo unaprijediti sustav uz uvjet ekonomske i organizacijske održivosti. Hrvatska ima dobro informatiziran sustav zdravstva koji predstavlja odličnu bazu za praćenje ishoda liječenja. Praćenje ishoda, odnosno mjerenje učinkovitosti liječenja posebno skupim lijekovima pozitivno bi utjecalo na racionalizaciju troškova zdravstvenog sustava. Većom upotrebom generičkih i biosličnih lijekova, kao i praćenjem ishoda liječenja bolesnika, u kratkom roku bilo bi moguće postići uštede u sustavu zdravstva i do milijardu kuna godišnje.</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>
196	<p>Tonći Buble NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 10. Cijene lijekova u RH su višestruko regulirane (daleko bolje od svega ostalog u zdravstvenom sustavu) i jedini problem je način provedbe propisanih mjera politike lijekova. Naime, danas je najveći problem politike lijekova potrošnja skupih lijekova u bolnicama jer nije uspostavljena dobra provedba načela farmakoekonomike, pa radi toga smjernice propisivanja i „pay back“ ugovori ne ostvaruju svoju pravu svrhu. Također, ne postoji jasna procedura propisivanja i nema autorizacije za najskuplje terapije (ukinute 2010. godine), pa nastaje problem racionalne uporabe i kontrolirane potrošnje skupih lijekova. Nažalost, osim rapidnog rasta troškova, to je razlog i loših terapijskih ishoda. Za najskuplje bolničke lijekove uspostavljen je 2005. godine Fond</p>	<p>Prihvaćen Prihvaćen.</p>

posebno skupih lijekova (PSL) kao posebna stavka proračuna HZZO jer ih se iz bolničkih proračuna nije moglo financirati, ali je način njihove uporabe postepeno izgubio početni smisao. Uporabu istih treba se ograničiti ciljano samo na bolesnike kojima mogu pomoći, a rizik prekomjernih troškova prebaciti na proizvođača, dok je postojeći način njihove uporabe postao glavni uzrok neracionalnog generiranja troškova i stvaranja nepotrebnih dugova za lijekove. Sadašnji sporan način odobravanja i ugovaranja skupih lijekova ruši dugoročnu održivost sustava PSL, svi potrebiti bolesnici ne mogu dobiti terapiju koja bi im pomogla, te se šteti ukupnoj financijskoj održivosti zdravstvenog sustava. Uz navedeno, po postojećem čl. 21. ZOZO u bolnicama se može koristiti skupe lijekove koji nisu na listi lijekova HZZO ili su izvan indikacija koje su utvrđene listom lijekova, bez pravila i kontrole opravdanosti – što je dodatni generator ogromnog rasta potrošnje lijekova u bolnicama. Dakle, uz opravdano povećanje troškova zbog učinkovitosti pojedinih novih skupih lijekova, navedeno sporno postupanje je potrošnju lijekova u bolnicama sa milijardu kuna povećalo na 4-5 milijardi kuna godišnje, rast je eksponencijalan, a pitanje je i koliko je još toga „skriveno“ u sustavu. Takav „luksuz“ u provedbi politike lijekova ne mogu dopustiti ni puno bogatije države. Problem se kumulira i povremenim sanacijama „zamaskira“ i kratko odgodi, te nije pitanje hoće li, nego kada će i u kom obimu nastati novi udar na ukupno financiranje sustava? Pod izgovorom boljitka za bolesnika nema ciljane terapije samo potrebitima i to na koncu dovodi do nestašice i blokade stvarno potrebnih lijekova. Iako je sadašnji članak 21. ZOZO najbitniji članak cijelog ovog zakona koji se treba mijenjati, postojeći prijedlog izmjena ZOZO baš ništa ne mijenja u ovom članku. Umjesto definiranja procedure i načina uporabe PSL kojom bi se uveli registri bolesnika i praćenje ishoda liječenja, prijedlogom se tek ukidaju pojmovi osnovno+dopunsko! Problem rasta troškova i posljedično dugova za lijekove u RH nije nastao u dijelu lijekova na Rp u ljekarnama, već nastaje jer se ne provode načela farmakoekonomike skupih bolničkih lijekova. Stoga, radi eksponencijalnog rasta troškova, potrebna je ciljana uporaba PSL potrebitim bolesnicima, uz uspostavu jasnih procedura propisivanja i registara bolesnika, te praćenje ishoda liječenja. U tom smislu ovaj članak treba dopuniti odgovarajućim odredbama. Isto tako, odredbe o uporabi lijekova koji nisu na listi lijekova HZZO ili se daju u indikaciji koja je mimo odobrene listom lijekova, također se trebaju dodatno regulirati na isti način. Dakle, dopuna odredbi ovog članka treba se odnositi na: uspostavu algoritama odobravanja i uporabe skupih lijekova, praćenje ishoda liječenja, te uspostavu registara.

197	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 11. Ovim se člancima uvode jedinstvene liste lijekova, ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda te dentalnih pomagala Zavoda, bez naznake osnovna, dopunska ili dodatna, uz slobodu formiranja dodatnih listi koje će ovisiti o poslovnoj odluci, raspoloživim sredstvima za tu vrstu zdravstvene zaštite i utvrđenim standardima prava na lijekove, ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode te dentalna pomagala. Predlažemo dodatno pojasniti svrhu i cilj objedinjavanja lista, osim što predlagatelj navodi da se jedinstvena lista uvodi radi „jednostavnosti“. Također, potrebno bi bilo pojasniti na koji način će biti podijeljene skupine dosadašnjih „besplatnih lijekova“ i onih uz nadoplatu, kao i hoće li doći do dodatnog poskupljenja, odnosno širenja onih lijekova koji su do sada bili „besplatni“ na one koji će se dobivati uz nadoplatu te hoće li se uvesti nadopлата za sve lijekove s ove jedinstvene liste. Ovo posebno ističemo iz razloga što predložena izmjena može voditi većem dodatnom financijskom teretu za starije i kronične bolesnike te socijalno ugrožene, bez ili s minimalnim primanjima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
198	<p>Zlatko Bukvić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 11. Apeliram da se u popis pomagala uvrste i komunikacijska pomagala (nisko i visokotehnološka) za djecu i osobe s autizmom, neurološkim oštećenjima i drugim stanjima koji rezultiraju ograničenjima govorno-glasovne komunikacije. Isto tako i pomagala koja olakšavaju aktivnosti svakodnevnog života.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

199	<p>Tonći Buble NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 11. Sukladno postojećem sustavu zdravstvenog osiguranja u području ortopedskih i drugih pomagala je još davno određeno uvođenje osnovne i dopunske liste pomagala. Ali, iako su postojeće odredbe za pomagala postavljene po tom principu, model nije potpuno saživio radi neriješenog problema osiguranika kojima se doplata (razlika cijene iznad standarda) plaća na teret državnog proračuna. Umjesto da se riješi taj problem i potakne daljnji razvoj ovog modela za područje pomagala (po uzoru na lijekove), sada se predlaže vraćanje na stari problematični postotni model. Dakle, umjesto da se definira prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na način da se odredi terapijski standard obveznog osiguranja i referentna cijena standarda (osnovna lista), kao preduvjet financijske održivosti sustava, uz razvoj dopunskih osiguranja za razliku vrijednosti u odnosu na referentnu cijenu (dopunska lista) – to se ovim prijedlogom ukida. Time se propušta prilika da se riješi problem oslobođenja od doplate (kao generatora neracionalne potrošnje) jer kroz širinu standarda obveznog osiguranja nestaje potreba oslobađanja, odnosno plaćanja iz državnog proračuna. Upravo na takav način treba konačno urediti područje pomagala umjesto vraćanja na postotni model, jer jedino tako se omogućava financijska održivost i širi mogućnosti podizanja kvalitete. Jedino zadržavanjem postojećeg članka 22. ZOZO, uz intervenciju u dopunsko osiguranje, može se racionalizirati troškove za područje ortopedskih i drugih pomagala unutar obveznog zdravstvenog osiguranja na način da se bilo koje pomagalo ne plaća skuplje od cijene standarda, a čime se postojeća „košarica“ prava ne smanjuje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
200	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 12. Ovim se člancima uvode jedinstvene liste lijekova, ortopedskih pomagala i drugih medicinskih proizvoda te dentalnih pomagala Zavoda, bez naznake osnovna, dopunska ili dodatna, uz slobodu formiranja dodatnih listi koje će ovisiti o poslovnoj odluci, raspoloživim sredstvima za tu vrstu zdravstvene zaštite i utvrđenim standardima prava na lijekove, ortopedska pomagala i druge medicinske proizvode te dentalna pomagala. Predlažemo dodatno pojasniti svrhu i cilj objedinjavanja lista, osim što predlagatelj navodi da se jedinstvena lista uvodi radi „jednostavnosti“. Također, potrebno bi bilo pojasniti na koji način će biti podijeljene skupine dosadašnjih „besplatnih lijekova“ i onih uz nadoplatu, kao i hoće li doći do dodatnog poskupljenja, odnosno širenja onih lijekova koji su do sada bili „besplatni“ na one koji će se dobivati uz nadoplatu te hoće li se uvesti nadoplatu za sve lijekove s ove jedinstvene liste. Ovo posebno ističemo iz razloga što predložena izmjena može voditi većem dodatnom financijskom teretu za starije i kronične bolesnike te socijalno ugrožene, bez ili s minimalnim primanjima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

201	<p>SANDRA SANDIĆ DINJAR NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 12. Sram vas bilo, uništavate obiteljsku medicinu Uništavate temelje hrvatskog zdravstva</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
202	<p>Tonći Buble NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 12. Sukladno postojećem sustavu zdravstvenog osiguranja u području dentalnih pomagala je još davno određeno uvođenje osnovne i dopunske liste. Ali, iako su postojeće odredbe za dentalna pomagala postavljene po tom principu, model nije potpuno saživio radi neriješenog problema osiguranika kojima se doplata (razlika cijene iznad standarda) plaća na teret državnog proračuna. Umjesto da se riješi taj problem i potakne daljnji razvoj ovog modela za područje dentala (po uzoru na lijekove), sada se predlaže vraćanje na stari problematični postotni model. Dakle, umjesto da se konačno definira prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na način da se odredi terapijski standard obveznog osiguranja i referentna cijena standarda (osnovna lista), kao preduvjet financijske održivosti sustava, uz razvoj dopunskih osiguranja za razliku vrijednosti u odnosu na referentnu cijenu (dopunska lista) – to se ovim prijedlogom ukida. Time se propušta prilika da se riješi problem oslobođenja od doplate (kao generatora neracionalne potrošnje) jer kroz širinu standarda obveznog osiguranja nestaje potreba oslobađanja, odnosno plaćanja iz državnog proračuna. Upravo na takav način treba konačno urediti područje dentalnih pomagala, ali i usluga dentala, umjesto vraćanja na postotni model, jer jedino tako se omogućava financijsku održivost, i širi mogućnosti podizanja kvalitete. Jedino zadržavanjem postojećeg članka 23. ZOZO, uz intervenciju u dopunsko osiguranje, može se racionalizirati troškove za područje dentala unutar obveznog zdravstvenog osiguranja na način da se bilo koje pomagalo ili usluga ne plaćaju skuplje od cijene standarda, a čime se postojeća „košarica“ prava ne smanjuje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

203	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 15.</p> <p>Kako je propisano u dopunjenom članku 26. u stavku 1. osigurana osoba ima pravo na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja koristiti zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama, ugovornim i trećim državama. Stavak 3. propisuje da osigurana osoba može ostvariti pravo upućivanja na liječenje u drugoj državi 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 članicama i trećim državama. Međutim, novopredloženi stavak 4. istog članka propisuje da će se osiguranik uputiti na liječenje neugovornom pružatelju zdravstvene zaštite u RH ukoliko isti može provesti potrebno i odobreno liječenje, čak i u slučajevima kada je pokrenut postupak za upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu. Bez definiranja tko i po kojim kriterijima utvrđuje stručnu i svaku drugu sposobnost neugovornog pružatelja zdravstvene usluge za pružanje takvog liječenja, Zakonom se daje bezuvjetna prednost takvom pružatelju zdravstvene usluge što, uz pitanja njegove stručnosti i kompetentnosti za provedbu određene vrste liječenja otvara i brojna pitanja vezana uz moguće zlouporabe takve mogućnosti u korist pojedinog neugovornog pružatelja zdravstvene zaštite, mogućeg sukoba interesa i donošenja odluka koje ne bi bile vođene najboljim interesom pacijenta odnosno osiguranika. Nadalje, prednost koja je zakonski zajamčena tuzemnom neugovornom pružatelju zdravstvene zaštite, otvara i pitanje upravljanja sredstvima Zavoda, budući da predložena odredbe ne propituje razlike vezano uz cijenu liječenja u inozemstvu ili kod neugovornog pružatelja zdravstvene zaštite iz RH koji ima prednost čak i ako je liječenje kod njega pa i višestruko skuplje od iste vrste liječenja u inozemstvu. Vezano uz novopredloženi stavak 5. istog članka, a imajući na umu važnost pravednog i transparentnog uređenja mogućnosti liječenja hrvatskih državljana u drugim državama članicama EU, kao i odredbe Uredbe EZ br 883/2004 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti i Direktive 2011/24/EU Europskog parlamenta i vijeća o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi, smatramo da je mjerila i način korištenja prekogranične zdravstvene zaštite potrebno propisati Zakonom, a ne općim aktima Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

204	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 15. Zbirnjavanje određenih stanja i bolesti se s razlogom provodi u vanjskim centrima (veći broj slučajeva, više kliničkog iskustva, veća znanstvena djelatost u području,...). Na koji način ćete definirati "liječenje koje se uspješno može provesti u Republici Hrvatskoj" te kako ćete osigurati isti standard kvalitete? Članak zapravo otvara mogućnost privatizacije zdravstvene usluge bez jasnih kriterija, a potencijalno na veliku štetu pacijenata.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
205	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 15. Dozvoliti privatnim praksama da se i kod njih na uputnicu mogu raditi pregled i dijagnostički/terapijski postupci kako bi se smanjile liste čekanja, a ne da zbog neuređenog zdravstvenog sustava ljudi posuđuju novce ili daju zadnju kunu koju imaju kako bi ubrzali proces dijagnosticiranja i/ili liječenja kako ne bi bilo prekasno za liječenje. Također, penalizirati sve one pacijente koji se ne pojave na zakazanom terminu, tj. ne odjave ga bar 48h ranije uz, naravno, realne iznimke. Objediniti liste čekanja da se zna u kojoj ustanovi se može nešto obaviti i da se popusti pritisak na one ustanove gdje je najveći te da ne bude jedna osoba upisana na listu čekanja na više mjesta oduzimajući time mjesto nekom drugom. Ne dozvoliti da teta na šalteru pacijenta šalje liječniku PZZ da ga on naručuje jer je to administracija, dakle, nije se netko školovao 22 godine da bi naručivao pacijente na preglede i pretrage. Omogućiti online naručivanje u svim ustanovama, a ne da pacijenti danima zovu radi naručivanja. Općenito neka administraciju u zdravstvu rade administrativne službe, a ne zdravstveno osoblje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
206	<p>Ivica Belina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Tko je ikad donio standarde zdravstvene zaštite i jednakopravno ih propisao građanima RH? I na osnovu čega?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
207	<p>Meri Margreitner NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Predlažem propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

208	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Predložemo da i dalje ostaje obvezna suglasnost nadležnog ministra i prethodna suglasnost komora za donošenje standarda i normativa zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Uz način ostvarivanja prava osiguranih osoba na zdravstvenu zaštitu potrebno je odrediti i rokove u kojima osiguranici trebaju ostvariti pravo na zdravstvenu zaštitu. Također predlažemo, radi jasnoće i sigurnosti, propisati kako se standardi i normativi zdravstvene zaštite javno objavljuju, bilo u Narodnim novinama ili web stranicama Zavoda ili Ministarstva.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
209	<p>Američka gospodarska komora u Hrvatskoj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. AmCham smatra kako bi standardi i normativi trebali biti pobliže opisani i definirani kako bi osiguranici točno znali koju i kakvu uslugu ima pravo dobiti na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, u kojem roku i u kojoj frekvenciji. AmCham predlaže da standardi i normativi (osim popisa vrsta i broja terapija i dijagnostičkih postupaka) uključuju: - rok pristupa/dobivanja/ostvarivanja terapijskih i dijagnostičkih postupaka (npr. 3-6 mjeseci za pretragu nuklearnom magnetskom rezonancom od postavljanja indikacije za pretragu ili/i postupak); - ishod liječenja (prosječno trajanje hospitalizacije, npr. maksimalnu revizijsku stopu, maksimalnu stopu komplikacija, maksimalnu smrtnost, minimalno preživljenje) izražen kao medijan na nacionalnoj razini. AmCham također predlaže da standardi i normativi budu javno dostupni na internetskoj stranici osiguravatelja/ Ministarstva zdravstva / ugovornih ustanova. U skladu s navedenom , predlažemo AmCham smatra kako osigurana osoba mora imati mogućnost plaćanja razlike između standarda i normativa HZZO-a i željenog standarda ako ga ugovorna ustanova želi i može ponuditi (tzv. doplata za nad standard). Stoga AmCham predlaže uvođenje mogućnosti da osigurana osoba može doplatiti razliku za povećane troškove liječenja u polikliničko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti ako su troškovi povezani s liječenjem izvan utvrđenog normativa i standarda iz članka 33. Npr. : - doplata za medicinski proizvod / implantat duljeg preživljenja / roka trajanja / većeg funkcionalnog opsega; - doplata za relevantni lijek po želji pacijenta; - smještaj u 1-krevetnoj sobi s kupaonicom i wc-om.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
210	<p>UDDaH - Udruga dentalnih doktora Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Smatramo da je za izradu Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja nužno imati SUGLASNOST nadležnih komora kao i mišljenje strukovnih udruga</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

211	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. U članku 16. kojim se mijenja čl. 33 Sindikat umirovljenika Hrvatske zahtijeva da se u vezi sa standardima zdravstvene zaštite omogućiti osiguranoj osobi mogućnost kvalitetnije skrbi (boljih stentova, dentalnih usluga, umjetnog kuka i drugih proteza i sl.) te da joj se omogućiti plaćanje razlike između standarda Zavoda i izabranog standarda. Na taj način bi se ne samo poboljšala zdravstvena zaštita, već bi se i uštedjeli troškovi vezani uz novu operaciju i smanjile patnje pacijenta.</p>	<p>Prihvaćen Primljeno na znanje.</p>
212	<p>MAJA ČERINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Suglasna sam i podržavam prijedlog KoHOM-a: - predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da se skreće pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
213	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Suglasna sam i podržavam prijedlog KoHOM-a: - predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da se skreće pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

214	<p>Nives Radošević Quadranti NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Podržavam prijedlog KoHOM-a: Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući da se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao vremenski definirati normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
215	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Podržavam prijedlog KoHOMa: "Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
216	<p>Ivan Žokalj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Standardne zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja trebao bi utvrđivati ministar nadležan za zdravstvo ili tijelo unutar ministarstva koje za to odredi ili imenuje ministar. Navedeni standardi donosili bi se uz prethodno mišljenje strukovnih zdravstvenih komora. Drugo rješenje je prebaciti ovu ovlast na odbor Hrvatskog sabora nadležan za zdravstvo koji bi te standardne mogao donositi na prijedlog ministra nadležnog za zdravstvo nakon prikupljenih mišljenja strukovnih komora u zdravstvu i udruga pacijenata. Standardi bi se određivali za svaku kalendarsku godinu kako bi se prilagodili trenutnim financijskim mogućnostima svih sudionika u zdravstvenom sustavu. Rješenjem na kojem ustrajava predlagač zakona Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje kao jedna od osiguravajućih kuća i nadalje se osigurava ekskluzivno pravo određivati obujam jednog od temeljnih prava građana, prava na zdravstvenu zaštitu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

217	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Opet podržavam i ponavljam prijedlog KoHOM-a: Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
218	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke koji bi bili usklađeni s mišljenjem struke. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje ne samo u vidu doplata za lijekove i spec-konzilijarnu skrb/bolničko liječenje nego i usluge koje se pružaju u PZZ posebice u obiteljskoj medicini.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
219	<p>BORIS MEDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Svakako je potrebno donijeti Odluku o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu, što HZZO trenutno ne čini. Istu bi odluku trebalo dostaviti ugovornim partnerima koji bi onda imali uvid o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Tzv. košarica usluga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

220	<p>Jasna Vučak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Člankom 16. je predloženo propisivanje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu - poučeni ranijim iskustvima u kojima se niti na koji način ne obvezuje Zavod na donošenje navedene Odluke nikakvim vremenskim rokovima te posljedičnim propisanim kaznama ovo će kao i do sada biti mrtvoslovo na papiru te molim da se isto ugradi u Zakon. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke koji bi bili usklađeni s mišljenjem struke. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje ne samo u vidu doplata za lijekove i spec-konzilijarnu skrb/bolničko liječenje nego i usluge koje se pružaju u PZZ posebice u obiteljskoj medicini.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
221	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. U provedbu mjera zdravstvene zaštite čijom se provedbom osiguranim osobama Zavoda osigurava ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, nužno je snažnije uključivanje privatnog sektora u cilju jednake kvaliteta zdravstvene zaštite i njezina jednake i bolje dostupnosti i pravodobnost osiguranim osobama kada im je ona potrebna. U izradu Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja nužno je uključiti strukovne udruge onih koji ih provode u vidu sudjelovanja u radu i davanja mišljenja na plan.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
222	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Predlaže se propisati donošenje Odluke o standardima i normativima zdravstvene zaštite za svaku kalendarsku godinu s tim da skrećemo pažnju da je potrebno na neki način i obvezati Zavod na donošenje navedene Odluke budući se Zavod trenutno ne pridržava navedene odredbe. Donošenje navedene odluke koja bi se potom dostavljala ugovornim partnerima omogućila bi jasan uvid liječnicima primarne zdravstvene zaštite o tome što pokriva osnovno, a što dopunsko zdravstveno osiguranje. Odlukom o standardima i normativima zdravstvene zaštite Zavod bi trebao definirati vremenski normative za određene postupke (KoHOM ima prijedlog).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

223	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Čl. 33. promijeniti u: 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, po prethodnom prijedlogu nadležnog stručnog društva Hrvatskog Liječničkog zbora, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
224	<p>Hrvatska komora primalja NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 16. Predlagatelj Hrvatska komora primalja U članku 33. riječi „po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora“ zamjenjuje se riječima : “uz prethodno pribavljenu suglasnost nadležnih komora“. Hrvatska komora primalja smatra kako se komore u zdravstvu trebaju uključiti aktivno u propisivanju standarda i normativa zdravstvene zaštite na načina da se od istih traži suglasnost a ne mišljenje a ne kako je MZ predložio micanjem Komora u procesa odlučivanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
225	<p>HRVATSKI URED ZA OSIGURANJE NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Predlažemo da se u čl. 35. st. 2. doda nova rečenica koja glasi: „Ugovorni subjekt Zavoda dužan je osigurati sredstva i resurse za provođenje naplate troškova zdravstvene zaštite iz st. 1. ovog članka od Zavoda odnosno osiguravatelja te iste vrši bez obračuna dodatnih naknada.“ Predmetnom odredbom osigurava se da osiguranici/potrošači nemaju nikakve dodatne troškove prilikom korištenja svojih prava iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
226	<p>HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. U čl. 35. st. 3. predlažemo izmijeniti na način da glasi: „Sredstva ostvarena sudjelovanjem osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavaka 3. i 4. te članka 20. stavka 3. ovoga Zakona prihod su ugovornih subjekata Zavoda i ugovornih isporučitelja pomagala.“</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
227	<p>UDDaH - Udruga dentalnih doktora Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Sredstva ostvarena sudjelovanjem osiguranih osoba u troškovima primarne zdravstvene zaštite bi i trebala ostati prihod istih ugovornih subjekata HZZOa.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

228	<p>MAJA ČERINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Suglasna sam i podržavam prijedlog KoHOM-a: - smatra se diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
229	<p>Poliklinika za reumatske bolesti, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju dr. Drago čop NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Mišljenja sam da bi dopunsko osiguranje trebalo biti prihod Poliklinike te da prihod od dopunskog osiguranja ne smije biti dio ugovora koji Poliklinike imaju sklopljene s HZZO-om. Pogotovo se to odnosi na dopunsko osiguranje koje ustanove imaju sklopljenim s drugim osiguravajućim društvima (Croatia osiguranje, Uniqa, Allianz...). U ovom slučaju HZZO protuzakonito prisvaja sredstva ostvarena od drugih osiguravajućih društava te ta sredstva uvrštava u limit koji ustanove imaju sa HZZO-om. Isti je slučaj i sa naplaćenim participacijama, pa ovdje možemo govoriti o stjecanju bez osnove, a što bi moglo dovesti do tužbi zdravstvenih ustanova prema HZZO-u. Dakle prihod ostvaren od dopunskog zdravstvenog osiguranja i naplaćenih participacija trebao bi biti dodatni prihod ustanova.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
230	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Suglasna sam i podržavam prijedlog KoHOM-a: - smatra se diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
231	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Smatram diskriminirajućim da svi ugovorni partneri HZZO-a imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

232	<p>Marija Gluhak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Slažem se već iznesenim komentaram: Ukoliko je naplaćena participacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prihod Zavoda, a ne ugovornog subjekta nije logično da se ona naplaćuje u ordinacijama. Onaj čiji je to prihod , mora osmisliti način naplate participacije mimo ordinacija. Ako pak se participacija naplaćuje u ordinacijama , tada bi trebala biti prihod ordinacije (kao što je prihod drugih zdravstvenih ustanova i isporučitelja pomagala).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
233	<p>lidija primorac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Čl. 33. promijeniti u: 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, po prethodnom prijedlogu nadležnog stručnog društva Hrvatskog Liječničkog zbora, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
234	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Slažem se već iznesenim komentaram: Ukoliko je naplaćena participacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prihod Zavoda, a ne ugovornog subjekta nije logično da se ona naplaćuje u ordinacijama. Onaj čiji je to prihod , mora osmisliti način naplate participacije mimo ordinacija. Ako pak se participacija naplaćuje u ordinacijama , tada bi trebala biti prihod ordinacije (kao što je prihod drugih zdravstvenih ustanova i isporučitelja pomagala).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
235	<p>VLATKA PLEH NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Ukoliko je naplaćena participacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prihod Zavoda, a ne ugovornog subjekta nije logično da se ona naplaćuje u ordinacijama. Onaj čiji je to prihod , mora osmisliti način naplate participacije mimo ordinacija. Ako pak se participacija naplaćuje u ordinacijama , tada bi trebala biti prihod ordinacije (kao što je prihod drugih zdravstvenih ustanova i isporučitelja pomagala).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

236	<p>Irena Tomić Vrbić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. (3) Sredstva ostvarena sudjelovanjem osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavka 3. i članka 20. stavka 3. ovoga Zakona prihod su ugovornih subjekata Zavoda i ugovornih isporučitelja pomagala, uključujući sredstva iz članka 19. stavka 4. ovoga Zakona OBRAZLOŽENJE : izabrani liječnici PZZ (posebice opća (obiteljska medicina) ulaz su u zdravstveni sustav i imaju funkciju " gate keeper-a") Svrha participacije (sudjelovanja osigurane osobe u troškovima ZZ) nije ubiranje dodatnih sredstava od osiguranika već regulator adekvatnog korištenja ZZ koja ima kadrovska, vtremenska i financijska ograničenja .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
237	<p>VANJA VIALI NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Smatram da se liječnici trebaju baviti isključivo liječenjem a naplatu participacije riješiti drugačijim načinom, ali ako će ostati ta stavka u zakonu onda izjednačiti sve ugovorne subjekte u postupanju s naplaćenim prihodima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
238	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. HUUGO: stavak 3) Sredstva ostvarena sudjelovanjem osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite (dodati)i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prihod su ugovornih subjekata Zavoda.... zanimaju nas argumenti: zašto su ugovorni subjekti Zavoda u PZZ izuzeti ??</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
239	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. KoHOM smatra diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
240	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 17. Ovdje dodati st. (5): Za zdravstvenu zaštitu ostvarenu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, sukladno općem aktu Zavoda, osigurane osobe troškove sudjelovanja plaćaju temeljem računa Zavoda ispostavljenog za prethodni mjesec</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

241	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18.</p> <p>Kako je propisano točkom 5. novopredloženog članka 39. pravo na naknadu plaće pripada i osiguraniku ako je određen da njeguje oboljelog člana uže obitelji, međutim kao članovi uže obitelji su navedeni dijete, supružnik i životni partner. Kako iz navedenoga proizlazi, takva mogućnost nije dostupna u slučajevima kada se njeguju roditelji u podmakloj životnoj dobi ili drugi bliski članovi obitelji kojima je u slučajevima teške pa i terminalne bolesti u praksi nerijetko dostupna jedino podrška i njega članova obitelji koji su za takvu njegu dužni koristiti godišnje odmore ili neplaćeni dopust, a kako bi ujedno pri tome mogli izvršiti svoju ustavnu obvezu iz članka 64. stavka 4. Ustava kojom je propisano da su djeca dužna brinuti se za stare i nemoćne roditelje, dok članak 57. Ustava RH jamči pravo na socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje svima zaposlenima i članovima njihove obitelji. Stoga podsjećamo da je još Strategija socijalne skrbi za starije osobe 2017.-2020., predviđala širenje statusa njegovatelja za skrb o starijim osobama što do danas nije omogućeno pa brojni članovi obitelji starijih i teško bolesnih osoba i dalje ne mogu pomiriti obiteljski i profesionalni život. Uz evidentni manjak kapaciteta ustanova za dugotrajnu institucionalnu i palijativnu skrb, takvo uređenje izravno doprinosi korištenju alternativnih modela skrbi, što starije osobe izlaže i dodatnim rizicima te ih čini ranjivima, tim više što sustav neformalne skrbi o starima i nemoćnima nije osnažen politikama usmjerenim na pomirenje obiteljskog i profesionalnog života. Stoga smatramo da je članovima obitelji koji brinu o oboljelim roditeljima ili primjerice tazbini potrebno osigurati mogućnost ostvarivanja prava na naknadu plaće zbog korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i kroz bolovanje za skrb o starim i nemoćnim članovima obitelji, uključujući dugotrajno bolovanje, jer je potreba za pružanjem osobne skrbi okolnost na koju osiguranik (koji njeguje oboljelu osobu) ne može utjecati i koja zahtijeva njegovu prisutnost. S tim u vezi već smo sudjelujući u e-savjetovanju vezano uz predstojeće izmjene i dopune Zakona o radu, predložili da predloženi neplaćeni dopust u trajanju od pet radnih dana godišnje treba biti plaćen, a idealno bi bilo i da se dopušta više dana od Direktivom (EU) 2019/1158 dopuštenih minimalnih 5 dana. Ako se radi o uzimanju neplaćenog dopusta, to može imati diskriminatorni učinak na radnike slabijeg imovnog stanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

242	<p>Američka gospodarska komora u Hrvatskoj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Osim brige za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, HZZO se brine i za ostvarivanje prava na novčane naknade, na primjer za vrijeme bolovanja i porodiljnog dopusta. Sustav roditeljskih i roditeljskih potpora uređen je Zakonom o roditeljskim potporama (NN 85/22, 85/08, 110/08, 34/11, 54/13, 152/14 i 59/17 i 37/20). Provedba prava propisanih spomenutim zakonom (čl. 3) stavljena je u nadležnost HZZO-a, dok je nadzor nad provedbom roditeljskih naknada u nadležnosti ministarstva nadležnog za obitelj, odnosno danas Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike. Roditeljine naknade su u 2019. godini iznosile 1.011 milijuna kuna. Visina naknade za obvezni roditeljski dopust isplaćuje se u visini 100% plaće korisnice roditeljnog dopusta za prvih šest mjeseci ako to pravo koristi jedan roditelj ili prvih osam mjeseci ako to pravo koriste oba roditelja. Mišljenja smo kako bi se sredstva za roditeljske naknade trebale budžetirati unutar proračuna nadležnog ministarstva, a čiju bi provedbu trebalo preuzeti nadležno ministarstvo. U tom slučaju, s obzirom da su sredstva za financiranje prava i potpora iz Zakona o roditeljskim i roditeljskim potporama osigurana državnim proračunom (čl. 54), a iz prihoda HZZO-a nije direktno vidljivo da postoje namjenska sredstva za roditeljske naknade, djelomičan ili potpuni iznos mogao bi se prenamijeniti u sustav zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
243	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Prema Obiteljskom zakonu briga za stare roditelje nije izbor, već zakonska obveza. To uključuje i pratnju pri odlasku na preglede, dijagnostičke i terapijske postupke, koja za razliku od njege u kući nije osigurana postojećim mehanizmima, te je nužno omogućiti osiguranicima pravo na naknadu plaće za vrijeme izbjivanja s posla u slučaju pratnje bolesnog roditelja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
244	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Prema Obiteljskom zakonu briga za stare roditelje nije izbor, već zakonska obveza. To uključuje i pratnju pri odlasku na preglede, dijagnostičke i terapijske postupke, koja za razliku od njege u kući nije osigurana postojećim mehanizmima, te je nužno omogućiti osiguranicima pravo na naknadu plaće za vrijeme izbjivanja s posla u slučaju pratnje bolesnog roditelja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

245	<p>Andrijana Žderić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Pravo na dnevnicu ukoliko se liječi izvan mjesta prebivališta, a nemaju mogućnost ostanka u bolnici imaju roditelji djece onkoloških bolesnika. Nas je prijedlog da isto imaju i roditelji djece s TUR, poglavito onih koji imaju teška zdravstvena stanja. Događa se da neke bolnice nemaju kapaciteta da roditelj bude uz dijete iako je pravo roditelja već dugo u primjeni stoga roditelj mora unajmiti stan kako bi mogao biti bliže djeteta. Na taj način se pomaže roditelju na isti način kako se pomaže i roditeljima djece s onkološkim bolestima. - Kada je roditelj koji je na SRV na dugotrajnom bolovanju tada se za osnovicu uzima ona plaća koja je bila kada je roditelj krenuo na bolovanje. GI " Pomozimo djeci s invaliditetom"</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
246	<p>ANJA VALENTIN JURLINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Slažem se s kolegicom Dunjom Stolnik. Omogućiti određeni broj dana bolovanja koje bi zaposlena djeca koristila za pratnju/njegu roditelja/skrbnika. Zakonski i moralno smo dužni brinuti se o njima, kako da netko odvede svoje bolesne roditelje na pregled ili dijagnostički/terapijski postupak kada ne može dobiti slobodan dan na poslu, a zakonski ne može koristiti bolovanje?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
247	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. HUUGO; HUUGO stavak 1) Razdoblje privremene nesposobnosti iz stavka 1 ovoga članka, za koje osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće u skladu s ovim Zakonom, osim prvih 5 radnih dana bolesti , kada izostanak s radnog mjesta uposlenik dogovara s poslodavcem. Akutne bolesti(respiratorne,gastrointestinalne) u tomvremenu spontano prolaze inema potrebe ordinacije obiteljskih liječnikaopterećivati nepotrebnimdolascima.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

248 HGK

NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18.

Vezano uz izmjenu članka 39, stavak 1, točka 7, naša članica skreće pozornost na sljedeće: Osim brige za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, HZZO se brine i za ostvarivanje prava na novčane naknade, na primjer za vrijeme bolovanja i porodiljnog dopusta. Sustav roditeljskih potpora uređen je Zakonom o roditeljskim potporama (NN 85/22, 85/08, 110/08, 34/11, 54/13, 152/14 i 59/17 i 37/20). Provedba prava propisanih spomenutim zakonom (čl. 3) stavljena je u nadležnost HZZO-a, dok je nadzor nad provedbom roditeljskih naknada u nadležnosti ministarstva nadležnog za obitelj, odnosno danas Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike. Rodiljine naknade su u 2019. godini iznosile 1.011 milijuna kuna. Visina naknade za obvezni roditeljski dopust isplaćuje se u visini 100% plaće korisnice roditeljnog dopusta za prvih šest mjeseci ako to pravo koristi jedan roditelj ili prvih osam mjeseci ako to pravo koriste oba roditelja. Mišljenja smo kako bi se sredstva za roditeljske naknade trebale budžetirati unutar proračuna nadležnog ministarstva, a čiju bi provedbu trebalo preuzeti nadležno ministarstvo. U tom slučaju, s obzirom da su sredstva za financiranje prava i potpora iz Zakona o roditeljskim potporama osigurana državnim proračunom (čl. 54), a iz prihoda HZZO-a nije direktno vidljivo da postoje namjenska sredstva za roditeljske naknade, djelomičan ili potpuni iznos mogao bi se prenamijeniti u sustav zdravstvene zaštite.

Primljeno na znanje

Primljeno na znanje.

249	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Smatramo potrebnim proširiti krug korisnika prava na privremenu spriječenost za rad radi njege oboljelog člana obitelji-roditelja ravnopravno kao što su navedeni i djeca te supružnik/životni partner. Pravobranitelju za osobe s invaliditetom često se obraćaju osobe koje trebaju njegovati svog starijeg i nemoćnijeg roditelja ili je potrebno uslijed hitnog stanja otići s roditeljem u bolnicu, a nisu u mogućnosti za navedeno ostvariti privremenu nesposobnost za rad već moraju koristiti godišnji odmor. Stoga smatramo opravdanim da se pravo na privremenu nesposobnost za rad kao i pravo na naknadu prizna i odrasloj osobi radi njege svog roditelja te da se izmijene svi pripadajući članci a u cilju detaljnijeg reguliranja tog prava. Ovdje bi ujedno skrenuli pozornost i na potrebu rješavanja pitanja psihosocijalne rehabilitacije osoba sa senzoričkim smetnjama koje se nalaze u radnom odnosu. Naime, zaposlena osoba koja tijekom života izgubi vid te joj je na temelju rješenja centra za socijalnu skrb priznato pravo na socijalnu uslugu psihosocijalne rehabilitacije mora koristiti godišnji odmor ili koristiti pravo na privremenu nesposobnost za rad po nekoj od drugih dijagnoza kako bi pristupila navedenoj rehabilitaciji. Osobe s tjelesnim invaliditetom imaju mogućnost ostvarivanja prava na početnu ili održavajuću medicinsku rehabilitaciju u maksimalnom trajanju od 21 dan na temelju Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući (Narodne novine, br. 26/96, 79/97, 31/99, 51/99, 73/99, 40/07, 46/07 - pročišćeni tekst, 64/08, 91/09, 118/09 i 09/21). Za vrijeme provođenja rehabilitacije one osobe koje se nalaze u radnom odnosu imaju pravo na privremenu nesposobnost za rad. Rehabilitacija osoba sa senzoričkim smetnjama koje se nalaze u radnom odnosu i kod kojih nastupi osjetilno oštećenje tijekom života, nije regulirana u sustavu zdravstva, što ima za posljedicu nemogućnost korištenja prava na privremenu nesposobnost za rad radi provođenja rehabilitacije budući da je to pravo iz sustava socijalne skrbi. Smatramo kako je potrebno razmotriti na koji način omogućiti privremenu nesposobnost zbog potrebne rehabilitacije i ovoj skupini osoba s invaliditetom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
250	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Omogućiti zaposlenom djetetu pravo na naknadu plaće radi isbivanja sa radnog mjesta radi pratnje bolesnog roditelja na liječnički pregled ili dijagnostičku pretragu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

251	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 18. Omogućiti određeni broj dana bolovanja i za roditelje. Zakonski i moralno smo dužni brinuti se o njima, kako da netko odvede svoje bolesne roditelje na pregled ili dijagnostički/terapijski postupak kada ne može dobiti slobodan dan na poslu, a zakonski ne može koristiti bolovanje?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
252	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 20. Kako je propisano točkom 5. novopredloženog članka 39. pravo na naknadu plaće pripada i osiguraniku ako je određen da njeguje oboljelog člana uže obitelji, međutim kao članovi uže obitelji su navedeni dijete, supružnik i životni partner. Kako iz navedenoga proizlazi, takva mogućnost nije dostupna u slučajevima kada se njeguju roditelji u podmakloj životnoj dobi ili drugi bliski članovi obitelji kojima je u slučajevima teške pa i terminalne bolesti u praksi nerijetko dostupna jedino podrška i njega članova obitelji koji su za takvu njegu dužni koristiti godišnje odmore ili neplaćeni dopust, a kako bi ujedno pri tome mogli izvršiti svoju ustavnu obvezu iz članka 64. stavka 4. Ustava kojom je propisano da su djeca dužna brinuti se za stare i nemoćne roditelje, dok članak 57. Ustava RH jamči pravo na socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje svima zaposlenima i članovima njihove obitelji. Stoga podsjećamo da je još Strategija socijalne skrbi za starije osobe 2017.-2020., predviđala širenje statusa njegovatelja za skrb o starijim osobama što do danas nije omogućeno pa brojni članovi obitelji starijih i teško bolesnih osoba i dalje ne mogu pomiriti obiteljski i profesionalni život. Uz evidentni manjak kapaciteta ustanova za dugotrajnu institucionalnu i palijativnu skrbi, takvo uređenje izravno doprinosi korištenju alternativnih modela skrbi, što starije osobe izlaže i dodatnim rizicima te ih čini ranjivima, tim više što sustav neformalne skrbi o starima i nemoćnima nije osnažen politikama usmjerenim na pomirenje obiteljskog i profesionalnog života. Stoga smatramo da je članovima obitelji koji brinu o oboljelim roditeljima ili primjerice tazbini potrebno osigurati mogućnost ostvarivanja prava na naknadu plaće zbog korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i kroz bolovanje za skrb o starim i nemoćnim članovima obitelji, uključujući dugotrajno bolovanje, jer je potreba za pružanjem osobne skrbi okolnost na koju osiguranik (koji njeguje oboljelu osobu) ne može utjecati i koja zahtijeva njegovu prisutnost. S tim u vezi već smo sudjelujući u e-savjetovanju vezano uz predstojeće izmjene i dopune Zakona o radu, predložili da predloženi neplaćeni dopust u trajanju od pet radnih dana godišnje treba biti plaćen, a idealno bi bilo i da se dopušta više dana od Direktivom (EU) 2019/1158 dopuštenih minimalnih 5 dana. Ako se radi o uzimanju neplaćenog dopusta, to može imati diskriminatorni učinak na radnike slabijeg imovnog stanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

253	<p>Pravobranitelj za djecu RH NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 20. Članak 20. Prijedloga zakona o izmjenama i dopunama ZOZO-a, predviđa dopunu članka 45. koji propisuje pravo na naknadu plaće za vrijeme privremene spriječenosti za rad radi njege osigurane osobe – djeteta. U stavku 3. Zakona kod definiranja djeteta potrebno je propisati da osiguranik predmetno pravo ostvaruje i za dijete u odnosu na koje mu je odlukom nadležnog tijela povjerena svakodnevna skrb (udomitelj, baka, druge osobe).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
254	<p>Jasna Vučak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 20. 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.“ Kao i za ostale ocjene o potrebi privremene nesposobnosti na rad istu je potrebno maknuti od izabranog liječnika/obiteljske medicine jer je u svojoj osnovi kontradiktorna. Liječnik u odnosu na zakonodavce/osiguravatelje nastupa kao advokat za svog pacijenta tako da bi određivanja PNR trebale raditi nezavisne komisije vještaka. Ako se ugledamo na pozitivnu praksu razvijenih država (uključujući i SAD gdje to iznosi do 10 dana godišnje) određeni broj dana godišnje pacijent može, direkto u dogovoru s poslodavcem iskoristiti u svrhu oboljenja koja su kratka, samoizlječiva i ne zahtijevaju stručnu medicinsku skrb.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
255	<p>Ina Kardoš, dr. med. spec. med. rada i sporta NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Prijedlog izmjene čl.46. st.(2)... "u skladu s njegovim zdravstvenim stanjem, medicinskom indikacijom i mišljenjem spec. medicine rada i sporta za osiguranike na poslovima s posebnim uvjetima rada Aktualna situacija zahtijeva komunikacijski kanal između spec. obiteljske medicine i spec. medicine rada i sporta jer se ne rijetko događa da prerani povratak s bolovanja rezultira problemima kod povratkom na radno mjesto s posebnim uvjetima rada (3)Trenutak u kojem je potrebno uključiti ugovorne timove medicine rada u povratak osiguranika, zaposlenih na poslovima s posebnim uvjetima rada, na rad u polovicu punog radnog vremena, ali ne duže od 60 dana. HZZO bi za potrebe uključivanja ugovornih timova medicine rada trebao osigurati komunikacijski kanal između liječnika obiteljske medicine i liječnika medicine rada, osobito za poslove s posebnim uvjetima rada. Prijedlog "interna uputnica". Zdravstveni sustav na sekundarnoj razini prepoznaje spomenuti način upućivanja osiguranika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

256	<p>HRVATSKO DRUŠTVO ZA MEDICINU RADA HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Predlažemo uključivanje ugovornih timova medicine rada u kontrolu dugotrajne privremene nesposobnosti za rad koja traje duže od 6 mjeseci, ugovaranje ocjene radne sposobnosti na uputu liječnika obiteljske medicine, osnivanje savjetovališta za povratak na posao nakon dugotrajnog bolovanja. U rad savjetovališta bili bi uključeni specijalist medicine rada, liječnik obiteljske medicine, predstavnik poslodavca i drugi nadležni stručnjaci. Svrha osnivanja savjetovališta za povratak na posao nakon dugotrajnog bolovanja je svrsishodniji, učinkovitiji i planirani povratak na posao radi uspostavljanja adekvatne radne sposobnosti, prilagodba radnog mjesta izmijenjenoj radnoj sposobnosti i bolja kontrola privremene nesposobnosti za rad.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
257	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Stavkom 3. navedenog članka je propisano da izabrani doktor može utvrditi da bi rad osiguranika koji je najmanje 6 mjeseci na bolovanju u polovici radnog vremena bio koristan za brže uspostavljanje njegove pune radne sposobnosti te ga uputiti na rad u polovici radnog vremena na najdulje 60 dana. Međutim, navedenim člankom nije uređeno što se događa ako se istekom navedenog roka ne uspostavi puna radna sposobnost osiguranika ili ako mu se stanje dodatno pogorša. Stavkom 6. navedenog članka je propisano da se nadzor i kontrola nad korištenjem privremene nesposobnosti osiguranika, što uključuje i utvrđivanje medicinskih indikacija ili drugih razloga za privremenu nesposobnost, obavlja putem „osoba ovlaštenih za provedbu kontrole ili drugog nadležnog tijela u skladu s općim aktom Zavoda“. Ne dovodeći u pitanje potrebu kontrole i provjere, a kako bi navedenu kontrolu provodile osobe koje imaju potrebna stručna znanja iz područja medicine, smatramo da je Zakonom potrebno propisati koje uvjete moraju ispunjavati osobe koje provode kontrolu privremene nesposobnosti osiguranika za rad. Nadalje, a s obzirom na to da se nadležnosti pojedinih tijela i javne ovlasti dodjeljuju zakonom, potrebno je precizirati i koja su to druga nadležna tijela koja su ovlaštena za takvu kontrolu. Posebno je potrebno pojasniti da li su ovlaštene osobe zaposlenici Zavoda ili su to fizičke i pravne osobe koje će se za kontrolu bolovanja angažirati kao vanjski suradnici te u tom slučaju, koja je procjena troškova dodatnog angažmana ovih osoba. Nadalje, novopredloženi stavak 7., za razliku od sada važeće odredbe, obuhvaća kontrolu rada izabranog doktora u svezi utvrđivanja privremene nesposobnosti za rad. Međutim, sukladno zakonskim odredbama, Zavod nije nadležan za kontrolu rada pojedinog liječnika, nego za kontrolu izvršavanja ugovornih obveza, dok je kontrola rada pojedinog liječnika u nadležnosti</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

drugih tijela, kao što je to propisano Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o liječništvu i drugim propisima. Vezano uz stavak 8. kojim osobe ovlaštene za kontrolu dobivaju ovlast zaključiti privremenu nesposobnost osiguraniku za kojeg su utvrdile nepostojanje medicinskih indikacija za daljnje korištenje privremene nesposobnosti za rad, smatramo da treba propisati jasne kriterije temeljem kojih se navedeno utvrđuje, kao i propisati stručne kompetencije koje osobe ovlaštene za kontrolu moraju zadovoljavati kako bi mogle procjenjivati postojanje medicinskih indikacija. Osim toga, predlažemo iskoristiti ove Izmjene i dopune da se jasnije propiše na koji sve način izabrani doktor može provesti pregled kojim se utvrđuje početak i dužina trajanja privremene nesposobnosti za rad. Naime, u nekim situacijama i kod nekih medicinskih stanja pregled je moguće provesti i na drugi način, osim po osobnom dolasku pacijenta u ordinaciju (npr. preko telefona, e-maila), a što je potvrđeno i u kontekstu epidemije.. Jasnim definiranjem dopuštenih načina za utvrđivanje početka i dužine trajanja privremene nesposobnosti za rad osigurati će se ujednačen pristup na nacionalnoj razini i veća razina sigurnosti u pravilno postupanje izabranog doktora, za pacijente.

258 **Valentin Žagar**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21.
Treba zakonom urediti da izabrani pedijatri samostalno otvaraju i vode privremenu nesposobnost za rad radi njege djeteta roditeljima osiguranika u svojoj skrbi, a ne da izabrani obiteljski liječnici bolovanja vode po njihovoj preporuci. Ovako bi se riješio problem duplog obavljanja istog posla (izabrani pedijatar mora ispisivati preporuku za bolovanje, a obiteljski liječnik potom prepisivati istu), riješio bi se problem da izabrani obiteljski liječnik odgovara za privremenu nesposobnost za rad koju predlaže drugi izabrani liječnik - pedijatar (a izabrani obiteljski liječnik i nema previše mogućnosti nego po preporuci postupiti), a riješio bi se i problem našetavanja pacijenata od jednog liječnika ka drugom radi dostavljanja preporuke. Isto tako potrebno je zakonski urediti da izabrani stomatolog samostalno otvara i vodi privremenu nesposobnost za rad koju on sam indicira, a ne da temeljem preporuke stomatologa privremenu nesposobnost za rad vodi izabrani obiteljski liječnik.

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

259	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Izmjenama članka u stavku 9. sada se daje mogućnost poslodavcu da iznimno u opravdanim slučajevima kada ima saznanja ili opravdanu sumnju na zlouporabu privremene nesposobnosti osiguranika, za vrijeme trajanje privremene nesposobnosti za rad, zahtijeva od Zavoda kontrolu privremene nesposobnosti za rad osiguranika. Koji su to iznimno opravdani slučajevi? Mora li poslodavac dokazivati svoja saznanja ili opravdanu sumnju na zlouporabu, odnosno na koji način će isto dokazivati, tj. kako će obrazložiti svoj zahtjev za kontrolom?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
260	<p>JELENA BULJAT MIKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Članak 21. Kratkotrajna bolovanja do 5 dana mogu biti predmet dogovora između poslodavca i osiguranika. Svaki dio PZZa može voditi svoja bolovanja, CEZIH povezuje sve osiguranike tako da nema prepreke da pedijatar da doznaku roditelju za njegu djeteta. Bolovanja duža od 30 dana se trebaju dati nazad HZZOu pošto HZZO zapošljava vojsku doktora medicine koji dolaze u ambulante u kontrolu krive dijagnoze na izdanoj kutiji brufen. Možda bi im ovo mogao biti suvislili i korisniji posao</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
261	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 21. Kratkotrajna bolovanja do 5 dana mogu biti predmet dogovora između poslodavca i osiguranika. Svaki dio PZZa može voditi svoja bolovanja, CEZIH povezuje sve osiguranike tako da nema prepreke da pedijatar da doznaku roditelju za njegu djeteta. Bolovanja duža od 30 dana se trebaju dati nazad HZZOu pošto HZZO zapošljava vojsku doktora medicine koji dolaze u ambulante u kontrolu krive dijagnoze na izdanoj kutiji brufen. Možda bi im ovo mogao biti suvislili i korisniji posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

262	<p>MAJA ČERINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Potpisujem prijedloge KoHOM-a, a ministarstvu i vladi predlažem da napokon počnu slušati struku. - predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - predlaže se da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. - predlaže se da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
263	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Suglasna sam i podržavam prijedlog KoHOM-a: - predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. - predlaže se da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. - predlaže se da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
264	<p>Nives Radošević Quadranti NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Podržavam prijedlog KoHOM-a: Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. Predlaže da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta, dakle omogućiti pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Predlaže se omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

265	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Nadzor nad privremenom nesposobnošću za rad u trajanju do 5 dana ako se radi o samolječivim bolestima treba biti predmet dogovora poslodavca i osiguranika. Predlažem da obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad nakon tri mjesecapreuzme vještak HZZO-a te da izdaje doznake. Također predlažem da se omogućiti primarnom pedijatru da otvori privremenu radnu nesposobnost roditelju kada je uvjetovana potrebama djeteta te izda doznaku za navedeno. Stomatolozima isto omogućiti otvaranje PNR i izdavanje doznaka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
266	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Svatko od nositelja pzz neka vodi svoja bolovanja. Sva bolovanja duža od 30 dana neka "preuzmu" ovlašteni kontrolori Zavoda, a samolimitirajuće bolesti trajanja do 3 dana, osiguranik neka sam pravda poslodavcu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
267	<p>Helena Pejić Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Predlažem da obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad nakon šest mjeseci preuzme vještak HZZO-a te da izdaje doznake. Treba omogućiti primarnom pedijatru da otvori privremenu radnu nesposobnost roditelju kada je uvjetovana potrebama djeteta te izda doznaku za navedeno slično kao što primarni ginekolozi vode bolovanje ginekološke patologije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

268	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Samoograničavajuće bolesti sa PNR koja traje unutar 10 dana trebale bi se rješavati na razini poslodavca, a ne liječničke ordinacije. Time ne samo da bi se smanjio nepotreban, većinom administrativni pritisak na ordinacije LOM već bi se pučanstvu poslala i jasna javnozdravstvena poruka što su to samoograničavajuće bolesti i u čijoj je domeni njihovo liječenje. Stomatološka i pedijatrijska bolovanja trebala bi se rješavati u ordinacijama stomatologa i pedijatara. Ne samo da liječnici obiteljske medicine nisu njihovi pisari već specijalisti s jasnim kompetencijama, već se bolesnike, te roditelje bolesne djece ne bi nepotrebno šetalo, pogotovo u ovo postpandemijsko vrijeme. Sva bolovanja duža od 30 dana prebaciti na vještačenje kontrolorima HZZO-a, obzirom da ih se ovim zakonom proglašava vještacima za bolovanje i izricanje kazne liječnicima obiteljske medicine za neopravdana bolovanja (kriterije za takva bolovanja znaju samo oni i ne želi ih podijeliti s nama obiteljskim liječnicima. Napomena predlagatelju: ako želite smanjiti stopu bolovanje smanjite enormne liste čekanja, šibanje obiteljskih liječnika ne pomaže!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
269	<p>BORIS MEDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Potrebno je omogućiti vođenje bolovanja pedijatrima i ginekolozima, kao što se učinilo sa ginekolozima, jer se zbog administrativnih potreba, npr. roditelji bolesne djece moraju javljati sa potvrdom (papirnatom!?) kod izabranog liječnika, potpisati svaki puta iznova Izjavu da drugi roditelj nije nezaposlen (!?) te uzimaju isprintanu doznaku (najčešće na zahtjev poslodavca, iako postoji sustav sa e-doznakama na koji niti zdravstvene ustanove, kao bolnice ili domovi zdravlja, nisu spojene!?) i onda po izlječenju djeteta opet sve iz početka. Obećano je smanjenje administrativnih poslova liječnicima obiteljske medicine, a ovako se duplira posao i prešetava pacijenta.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
270	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Višekratno je kontradiktornosti u pogledu tumačenja obaveza iz djelokruga liječnika opće/obiteljske medicine (izabranog liječnika) koji nije educiran niti ovlašten da procjenjuje opravdanost,vrijeme i trajanje privremene radne nesposobnosti.Isti može samo potvrditi i voditi kod korisnika bolest i liječenje dok za ostale elemente koji se odnosi na adnu sposobnost postoji posebna grana medicine - medicina rada,tako da bi predlagač trebao modernizirati svoje tumačenje prijedloga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

271	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Pedijatrima i stomatolozima omogućiti vođenje bolovanja kao što je omogućeno ginekolozima. Predlažem da osiguravajuća kuća vodi bolovanja koja traju duže od mjesec dana, ionako je riječ o administraciji, a ne liječenju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
272	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Samooograničavajuće bolesti sa PNR koja traje unutar 10 dana trebale bi se rješavati na razini poslodavca, a ne liječničke ordinacije. Time ne samo da bi se smanjio nepotreban, većinom administrativni pritisak na ordinacije LOM već bi se pučanstvu poslala i jasna javnozdravstvena poruka što su to samooograničavajuće bolesti i u čijoj je domeni njihovo liječenje. Stomatološka i pedijatrijska bolovanja trebala bi se rješavati u ordinacijama stomatologa i pedijatara. Ne samo da liječnici obiteljske medicine nisu njihovi pisari već specijalisti s jasnim kompetencijama, već se bolesnike, te roditelje bolesne djece ne bi nepotrebno šetalo, pogotovo u ovo postpandemijsko vrijeme.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
273	<p>lidija primorac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Samooograničavajuće bolesti sa PNR koja traje unutar 10 dana trebale bi se rješavati na razini poslodavca, a ne liječničke ordinacije. Time ne samo da bi se smanjio nepotreban, većinom administrativni pritisak na ordinacije LOM već bi se pučanstvu poslala i jasna javnozdravstvena poruka što su to samooograničavajuće bolesti i u čijoj je domeni njihovo liječenje. Stomatološka i pedijatrijska bolovanja trebala bi se rješavati u ordinacijama stomatologa i pedijatara. Ne samo da liječnici obiteljske medicine nisu njihovi pisari već specijalisti s jasnim kompetencijama, već se bolesnike, te roditelje bolesne djece ne bi nepotrebno šetalo, pogotovo u ovo postpandemijsko vrijeme.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

274	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Potrebno je po uzoru na zapadne zemlje omogućiti zaposlenicima da određeni broj dana (npr. 5) godišnje u slučaju kratkih samolimitirajućih bolesti pravo na privremenu nesposobnost na rad ostvare javljanjem poslodavcu bez potrebe kontaktiranja svog izabranog liječnika. Ovdje je moguće staviti i dodatne uvjete - npr. da se ne može koristiti više od 2 uzastopna dana i slično. Obzirom da se u slučaju takvih bolesti u pravilu ne propisuje terapija na recept niti se radi posebna dodatna obrada, posjet liječniku je tada uvjetovan isključivo administrativnom potrebom, a takve je u svrhu rasterećenja i jačanja PZZ je potrebno u cijelosti ukloniti iz ordinacija obiteljske medicine. Problem dugih bolovanja je u velikoj mjeri uvjetovan i organizacijom samog sustava i dugim listama čekanja, na što liječnici obiteljske medicine nemaju utjecaj. Stoga je potrebno da u slučaju bolovanja dužih od 3 mjeseca liječničko povjerenstvo HZZO odluči o opravdanosti daljnjeg bolovanja. Bolovanja koja vodi obiteljski liječnik po indikaciji pedijatra (za roditelje) i stomatologa, koji također predstavljaju PZZ, svode se na puko prepisivanje podataka, pri čemu obiteljski liječnik nema utjecaja na početak niti trajanje bolovanja, a preuzima odgovornost i odrađuje administrativne poslove za takva bolovanja. Potrebno je omogućiti pedijatrima i stomatolozima da samostalno vode takva bolovanja i izdaju potvrde o privremenoj nesposobnosti za rad, kao što to rade i ginekolozi u PZZ, umjesto da se pacijenti šetaju između ordinacija i pridonose dodatnom administrativnom opterećenju ambulanti obiteljske medicine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
275	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Predlažemo da se u Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju izmijene odredbe sadašnjeg čl. 21. Nacrta prijedloga izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojima se mijenja čl. 46. st. 4. tako da novi st. 4. glasi: „4. Izabrani doktor obvezan je utvrditi prestanak privremene nesposobnosti osiguraniku kod kojega je na temelju nalaza i mišljenja 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 (u daljnjem tekstu: nadležno tijelo vještačenja) rješenjem Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje kod osiguranika utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, djelomični gubitak radne sposobnosti ili potpuni gubitak radne sposobnosti, s danom zaprimanja rješenja od strane Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, a osiguranik pravo na naknadu plaće za vrijeme te privremene nesposobnosti ostvaruje u skladu s čl. 48. st. 1. ovoga Zakona.“</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

276 **Pravobranitelj za osobe s invaliditetom**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I
DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21.
U st. 5. umjesto riječi: „...isto utvrđeno...“, treba pisati „...utvrđena invalidnost...“. **Obrazloženje:** U obrazloženju Nacrta prijedloga izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, u obrazloženju vezanog uz čl. 23. piše: „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.“ Naime, invalid rada prema Zakonu o mirovinskom osiguranju je osiguranik koji je na osnovi smanjenja uz preostalu radnu sposobnost ili djelomičnog ili potpunog gubitka radne sposobnosti iz čl. 39. ovoga Zakona ostvario pravo na invalidsku mirovinu ili pravo na profesionalnu rehabilitaciju. (propisano čl. 40. Zakona). Što znači da se ne može i ne smije na temelju samo nalaza i mišljenja tijela vještačenja od strane izabranog doktora prekidati bolovanje, odnosno utvrditi prestanak privremene nesposobnosti osiguraniku. Navedeno zbog razloga što to nije relevantni dokument kojim se utvrđuje invalidnost osiguranika. Ista se utvrđuje rješenjem Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje na temelju kojeg poslodavac tada može postupati kada se radi o potpunoj radnoj nesposobnosti te imenovanom zaključiti radni odnos. Bolovanje,

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

	<p>odnosno privremena radna nesposobnost je produkt radnog odnosa. Naime, prema odredbama Zakona o radu (Narodne novine, br. 93/14, 127/17 i 98/19 – dalje u tekstu: ZOR) ugovor o radu prestaje, među ostalim, dostavom pravomoćnog rješenja o priznanju prava na invalidsku mirovinu zbog potpunog gubitka radne sposobnosti za rad. Navedeno je propisano čl. 112. st. 1. toč. 6. ZOR-a. U protivnom događa se praznina od tri mjeseca u kojoj je osiguranik doveden u stanje da je nigdje, odnosno prekinuto mu je bolovanje a još uvijek nije ostvario invalidsku mirovinu. Istu će ostvariti tek kada bude doneseno pravomoćno rješenje od strane Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje. Invalid rada više ne može biti na bolovanju, a ne može se ni vratiti na posao jer je nesposoban za rad, poslodavac mu ne može zaključiti radni odnos, odnosno obaviti ni jednu radnju (osim dati mu osobno uvjetovani otkaz) jer još uvijek nije pristiglo rješenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje kojim se određuje potpuni gubitak radne sposobnosti. Isto od strane Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje bude doneseno i dostavljeno u prosjeku u roku od tri mjeseca nakon obavljenog vještačenja. Napominjemo, da kod utvrđivanja radne nesposobnosti žalba ne odgađa izvršenje rješenja, te isto postaje pravomoćno i izvršno dostavom stranci (poslodavcu).</p>
<p>277</p> <p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21.</p> <p>U Nacrtu prijedloga čl. 46. st. 4. navedeno je i da: „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.“ Međutim, i ova stavka ne može biti propisana na ovaj način zbog razloga što nadležno tijelo vještačenja (u ovom slučaju Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom) ne zaprima prijedlog izabranog doktora, već isti zaprima Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje koji kada kompletira dokumentaciju prosljeđuje je ZOSI-ju na vještačenje. Što bi značilo da svatko od ovih dvaju javnih službi bi trebao imati propisane rokove za svoj dio postupanja u obradi zahtjeva za utvrđivanje radne ne/sposobnosti. Ujedno ovaj rok zbog gore navedenog razloga ne može u stvarnosti biti provediv.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>278</p> <p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21.</p> <p>U nacrtu prijedloga čl. 46. st. 4. piše da se obavijest prima od Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, međutim u stvarnosti se ista zaprima od Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje kao relevantnog tijela za donošenje rješenja o pravu osiguranika, te navedena stavka se treba promijeniti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

279	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Samoograničavajuće bolesti sa PNR koja traje unutar 10 dana trebale bi se rješavati na razini poslodavca, a ne liječničke ordinacije. Time ne samo da bi se smanjio nepotreban, većinom administrativni pritisak na ordinacije LOM već bi se pučanstvu poslala i jasna javnozdravstvena poruka što su to samoograničavajuće bolesti i u čijoj je domeni njihovo liječenje. Stomatološka i pedijatrijska bolovanja trebala bi se rješavati u ordinacijama stomatologa i pedijatara. Ne samo da liječnici obiteljske medicine nisu njihovi pisari već specijalisti s jasnim kompetencijama, već se bolesnike, te roditelje bolesne djece ne bi nepotrebno šetalo, pogotovo u ovo postpandemijsko vrijeme.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
280	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. U članak 46. dodati i da u slučajevima kratkih i samozlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. Time bi se također smanjio administrativni pritisak na liječnike obiteljske medicine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
281	<p>ANJA VALENTIN JURLINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Pedijatrima i stomatolozima omogućiti vođenje bolovanja kao što je omogućeno ginekolozima. Predlažem da osiguravajuća kuća vodi bolovanja koja traju duže od mjesec dana, ionako je riječ o administraciji, a ne liječenju.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
282	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Svatko od nositelja pzz neka vodi svoja bolovanja. Sva bolovanja duža od 30 dana neka "preuzmu" ovlaštene kontrolori Zavoda, a samolimitirajuće bolesti trajanja do 3 dana, osiguranik neka sam pravda poslodavcu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
283	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Pedijatrima i stomatolozima omogućiti vođenje bolovanja kao što je omogućeno ginekolozima. Svaka struka treba voditi svoja bolovanja. Bolovanja duža od 3 mjeseca trebaju voditi ovlaštene vještaci HZZO.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

284	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Maknuti bolovanja dulja od 30 dana od liječnika obiteljske medicine. Neka vještaci Zavoda neka skrbe o tome, ionako je to njihov posao. Pedijatrima također mogućnost vođenja bolovanja. Isto tako da već jednom ginekolozi vode SVA bolovanja vezana uz ženski spolni sustav, a ne samo ako su u pitanju operacije, komplikacije u trudnoći i slično jer žene boli i kad imaju PMS.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
285	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Treba zakonom urediti da izabrani pedijatri samostalno otvaraju i vode privremenu nesposobnost za rad radi njege djeteta roditeljima osiguranika u svojoj skrbi, a ne da izabrani obiteljski liječnici bolovanja vode po njihovoj preporuci. Ovako bi se riješio problem duplog obavljanja istog posla (izabrani pedijatar mora ispisivati preporuku za bolovanje, a obiteljski liječnik potom prepisivati istu), riješio bi se problem da izabrani obiteljski liječnik odgovara za privremenu nesposobnost za rad koju predlaže drugi izabrani liječnik - pedijatar (a izabrani obiteljski liječnik i nema previše mogućnosti nego po preporuci postupiti), a riješio bi se i problem našetavanja pacijenata od jednog liječnika ka drugom radi dostavljanja preporuke. Isto tako potrebno je zakonski urediti da izabrani stomatolog samostalno otvara i vodi privremenu nesposobnost za rad koju on sam indicira, a ne da temeljem preporuke stomatologa privremenu nesposobnost za rad vodi izabrani obiteljski liječnik.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
286	<p>VANJA VIALI NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Predlažem da se pedijatrima omogući otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se nas liječnike obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretilo prepisivanja preporuka drugih liječnika, ujedno bi se značajno olakšalo i roditeljima kretanje unutar zdravstvenog sustava u trenutku kada je zdravlje djeteta važnije. I pedijatrima bi ovo olakšalo nepotrebnu administraciju. Osim toga, predlažem i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

287	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Nadzor nad privremenom nesposobnošću za rad u trajanju do 5 dana ako se radi o samolječivim bolestima treba biti predmet dogovora poslodavca i osiguranika. Predlažem da obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad nakon mjesec dana preuzme vještak HZZO-a te da izdaje doznake. Također predlažem da se omogući primarnom pedijatru da otvori privremenu radnu nesposobnost roditelju kada je uvjetovana potrebama djeteta te izda doznaku za navedeno slično kao što primarni ginekolozi vode bolovanje ginekološke patologije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
288	<p>JELENA LEMAIC NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Predlažem da obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad nakon mjesec dana preuzme vještak HZZO-a te da izdaje doznake. Također predlažem da se omogući primarnom pedijatru da otvori privremenu radnu nesposobnost roditelju kada je uvjetovana potrebama djeteta te izda doznaku za navedeno. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. Podržavam prijedlog da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
289	<p>BORIS MEDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. U članak 46. dodati i da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika. Time bi se također smanjio administrativni pritisak na liječnike obiteljske medicine.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

290	<p>BORIS MEDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. U članak dodati da vođenje privremene nesposobnosti za rad u trajanju dužem od mjesec dana, preuzimaju Liječnička povjerenstva HZZO-a. Isto tako, da se doda da ovlaštene osobe HZZO-a kod kontrole bolovanja mogu intervenirati u listu čekanja i po žurnom postupku uputiti pacijenta na obradu koju čeka. Time bi se smanjio administrativni pritisak na liječnike obiteljske medicine i skratilo trajane bolovanja koja su najčešće duga zbog nedostupnosti termina za pregled i/ili obradu u SKZ</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
291	<p>Tatjana Polgar Pavošević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Sva bolovanja duža od mjesec dana neka vode vještaci HZZO-a . To je jedan od načina kako malo smanjiti nepotrebnu administraciju u PZZ .</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

292	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. KoHOM ističe da svi prijedlozi u pogledu ove odredbe potpuno ignorirani od strane Ministarstva zdravstva stoga KoHOM još jednom u nastavku dostavlja sljedeće prijedloge vezano za predmetnu odredbu. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja." Predlaže se obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca i duže, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni na način kako slijedi: "Iznimno, pedijatar djeteta može utvrditi početak i dužinu trajanja privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta." Intencija je omogućavanje pedijatrima da daju doznake za privremenu nesposobnost za rad roditeljima. Na taj način bi se omogućilo pedijatrima da sami odgovaraju o privremenim nesposobnostima za rad roditelja svojih pacijenata (pedijatrijska bolovanja za roditelje) kao što je to već učinjeno za ginekološka bolovanja tako da liječnici obiteljske medicine ne budu jedini odgovorni za sve izostanke s posla i nepotrebno prepisivanje tuđih preporuka. KoHOM predlaže da se članak 46. dopuni stavkom 12. koji glasi: "Iznimno, poslodavac osiguranika ima pravo umjesto izabranog doktora utvrditi privremenu nesposobnost za rad svog radnika u ukupnom trajanju do maksimalno 5 radnih dana godišnje." Omogućiti radnicima da u dogovoru s poslodavcem ostvare prava proizašla zbog privremene nesposobnosti za rad u trajanju do 5 radnih dana godišnje (za kratke i samoizlječive bolesti) bez posredovanja izabranog liječnika i izdavanja doznaka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
293	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Promijeniti u: (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 kalendarskih dana.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

294	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Maknuti bolovanja od liječnika obiteljske medicine, izdavanje doznaka i sve što ide uz to. Vještaci Zavoda neka skrbe o tome, ionako je to njihov posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
295	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Smatram da liječnik primarne zdravstvene zaštite ne bi trebao obavljati administrativni posao kao što je izdavanje doznaka jer se nije za to školovao, već za pružanje zdravstvene zaštite. Sav administrativni posao po pitanju PNR bi trebali obavljati radnici Zavoda kako bi se liječnike primarne zdravstvene zaštite rasteretilo nepotrebnog birokratskog posla.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
296	<p>Irena Tomić Vrbić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. (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 TE O TOME IZDATI DOKUMENT DOSTUPAN I IZABRANOM LIJEČNIKU I OSIGURANIKU.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
297	<p>Irena Tomić Vrbić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. (9) Iznimno, 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 KOJA SUKLADNO ČL 46 (7) UKLJUČUJE KONTROLU DDOKUMENTACIJE KOD IZABRANOG LIJEČNIKA KAO I NEPOSREDNU KONTROLU OSIGURANIKA U/I /ILIZVAN ORDINACIJE IZABRANOG LIJEČNIKA. (UKLJUČUJUĆI I KUĆNI POSJET)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
298	<p>Irena Tomić Vrbić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. (7) Nadzor i kontrolu nad korištenjem privremene nesposobnosti obuhvaća kontrolu rada izabranog doktora u svezi utvrđivanja privremene nesposobnosti te, OBAVEZNO , neposrednu kontrolu osiguranika u ili izvan ordinacije izabranog doktora, uključujući i kućni posjet.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

299	<p>Irena Tomić Vrbić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. (3) Kada izabrani doktor utvrdi da se zdravstveno stanje osiguranika, čija privremena nesposobnost traje neprekidno najmanje TRI MJESECA , 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.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
300	<p>Irena Tomić Vrbić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. (4) Izabrani doktor obvezan 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.NALAZ I MIŠLJENJE ITABRANOM LIJEČNIKU ĆE BITI DOSTAVLJEN U OBLIKU OBLIKU OBAVIJESTI TIJELA VJEŠTAČENJA</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

301	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. U članku 46. navedenim stavcima zamijeniti "izabrani doktor " sa vještak Zavoda Obrazloženje: Izabrani doktor obavlja pregled osiguranika i utvrđuje dijagnoze bolesti. Da li je netko sposoban za rad ili nije je stanje koje se treba vještastiti ovisno o okolnostima radnog procesa u kojem osiguranik sudjeluje. Osim u zaraznim bolestima gdje je obavezna izolacija za sve ostale bolesti je potpuno individualano da li će osiguranik koristiti pravo poštude od odlaska na posao ili neće. Pravo na izostanak s posla zbog bolesti je opće pravo osiguranika. Da li će netko koristiti to pravo ili ne ovisi o osiguraniku i o odnosu sa osiguravateljem. Odabrani liječnik je dužan voditi medicinsku dokumentaciju u kojoj će biti jasno opisano medicinsko stanje. Otvaranje i zatvaranje PNR, . pisanje doznaka ne bi uopće trebalo biti u nadležnosti odabranog liječnika, osobito zato jer se sve može vidjeti putem ceziha u e-kartonima. Vođenje PNR treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika. To je samo još jedna dodatna administrativna odredba. Osim toga, u praksi to izgleda otprilike ovako:"Dobar dan liječnice. Ja sam si došao/la otvoriti bolvoanje jer danas nisam bio/la na poslu radi probavnih tegoba."...i nakon 3 dana: "Dobar dan. Ja sam došao/la zatvoriti bolovanje jer mi je dobro i od slijedećeg tjedna bi išao/la na posao."</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
302	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Ovo je članak u kojem treba daodati i ovlast ovlaštenim osobama da pri kontroli bolovanja mogu intervenirati u listu čekanja i po žurnom postupku uputiti pacijenta na obradu koju čeka a što je vrlo često uzrok trajanja bolovanja. Ta žurna obrada se može obaviti i u drugoj ustanovi a što bi trebao definirati Zavod. Po mojoj procjeni se samo sbog čekanja na neki pregled ili dijagnostiku bolovanja otežu i traju barem duplo duže nego bi to bilo razumno. Ako je cilj smanjenje troškova kroz skraćenje bolovanja onda treba djelovati na uzrok a ne na sudionike u procesu - izabranog liječnika i pacijenta.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
303	<p>Dunja Stolnik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 21. Predlažem da osiguravajuća kuća vodi bolovanja koja traju duže od mjesec dana, ionako je riječ o administraciji, a ne liječenju. Znam da zvuči šokantno, ali liječnici u PZZ nisu administratori, zbilja imaju prečeg posla.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

304	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 22. Potrebno je jasno propisati tko će izdati rješenje u upravnom postupku. Isto tako, potrebno je odrediti tko će upoznati osiguranika s njegovim pravom na zahtjev za donošenje rješenja. Također, potrebno je propisati i pravo žalbe na isto rješenje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
305	<p>JELENA BULJAT MIKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 22. Duga bolovanja bi sva trebala biti u nadležnosti vještaka Zavoda koji je posebno educiran za procjenu nesposobnosti za rad i sposobnosti za povratak na posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
306	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 22. Brisati "izabrani doktor" kako je navedeno u komentaru na prethodni članak. Duga bolovanja bi sva trebala biti u nadležnosti vještaka Zavoda koji je posebno educiran za procjenu nesposobnosti za rad i sposobnosti za povratak na posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
307	<p>Ina Kardoš, dr. med. spec. med. rada i sporta NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. (3)dodati da se o donesenom nalazu i mišljenju Zavod za vještačenje, prof. rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom obvezuje obavijestiti i nadležnog specijalistu med. rada i sporta</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

308	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23.</p> <p>Stavkom 2. propisuje se postupak u slučaju kada izabrani doktor ocijeni da je osiguranika potrebno uputiti na ocjenu radne sposobnosti. Nejasno je zašto se osiguranik sa propisanom dokumentacijom prvo upućuje Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje koji zahtjev onda upućuje Zavodu za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom. Nadalje, kako je propisano, Zavod za vještačenje svoj nalaz i mišljenje o radnoj sposobnosti dužan je donijeti u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora, iako je propisano da izabrani doktor navedeni prijedlog dostavlja HZMO tako da nije jasno u kojem trenutku počinje teći navedeni rok. Kako je dalje propisano u stavku 3. Zavod za vještačenje u roku od 8 dana od dana donošenja nalaza, o donesenom nalazu izvještava izabranog doktora, poslodavca osiguranika i HZZO, no iz predložene stipulacije nije razvidno da li im dostavlja i sam nalaz ili samo obavijest da je donesen. Također, iz predloženog rješenja proizlazi da se obavijest o nalazu, kao niti nalaz ne dostavljaju HZMO, što dodatno problematizira njegovu ulogu posrednika čiji je jedini zadatak proslijediti zahtjev izabranog doktora za ocjenu radne sposobnosti Zavodu za vještačenje Stoga smatramo da bi izabrani doktor, ukoliko ne postoji opravdani razlog za takvo postupanje, svoj prijedlog trebao izravno proslijediti Zavodu za vještačenje uz obavijest HZMO-u. Također predlažemo navesti kome se nalaz i mišljenje tijela za vještačenje u propisanom roku dostavlja. S obzirom na to da stavak 2. propisuje da je tijelo za vještačenje svoj nalaz dužno donijeti u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora (iako mu prijedlog upućuje HZMO), ponovo ističemo da je nejasno zašto mu se stavkom 3. propisuje dodatni rok od 8 dana u kojem je dužan dostaviti obavijest o donesenom nalazu. U stavku 4. se propisuje da je komparator u procjeni mogućeg smanjenja radne sposobnosti osiguranik iste ili slične razine obrazovanja. Obzirom na to da ljudi iste ili slične razine obrazovanja obavljaju vrlo različite poslove, smatramo da se smanjenje radne sposobnost mora temeljiti na usporedbi sa zdravim osiguranikom koji radi na sličnim odnosno istim poslovima neovisno o razini obrazovanja. Također smatramo da tijelo vještačenja ne može biti toliko detaljno upoznato sa radnim zadacima pojedinih radnika da bi u svojem mišljenju moglo navesti konkretne poslove i radne zadatke koje bi osiguranik mogao obavljati s obzirom na preostalu radnu sposobnost. Stoga predlažemo da ga se obveže da u svojem nalazu navede vrstu, a ne konkretne poslove koje bi osiguranik smanjene radne sposobnosti mogao obavljati.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

309	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
310	<p>JELENA BULJAT MIKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Duga bolovanja (duža od 12, a čak i 6 mjeseci) bi trebala biti u nadležnosti vještaka Zavoda koji je posebno educiran za procjenu nesposobnosti za rad i sposobnosti za povratak na posao.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
311	<p>MAJA ČERINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika. Mora se naći rješenje za ljude koji su na bolovanju duže od 24 mjeseci u kontinuitetu. Oni su ili zdravi ili trajno nesposobni za svoje radno mjesto. Zavod mora imati zakonsku obvezu donijeti definitivno rješenje za pacijente koji su na bolovanju duže od 24 mjeseci (ili 36 mjeseci ako je to po volji zakonodavca). Ne mogu imati "diskrecijsko pravo odlučivanja" do beskraja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
312	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
313	<p>Helena Pejić Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 6 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 6 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
314	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

315	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Potrebno je izmijeniti odredbe čl. 23. Nacrta prijedloga izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojima se mijenja čl. 48. tako da glasi: Čl. 48. st. 1. mijenja se i glasi: „(1) Osiguranik za vrijeme privremene nesposobnosti iz čl. 39. toč. 1. do 6. te toč. 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 čl. 46. st. 6. ovoga Zakona ne utvrdi da je sposoban za rad odnosno dok nije na temelju nalaza i mišljenja nadležnog tijela vještačenja, rješenjem Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje kod osiguranika utvrđena smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost, djelomični gubitak radne sposobnosti ili potpuni gubitak radne sposobnosti, s danom zaprimanja rješenja od strane Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
316	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Čl. 48. st. 2. Nacrta prijedloga promijeniti riječi: Umjesto: .. „najkasnije u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga izabranog doktora.“ Da piše: .. „najkasnije u roku od 60 dana od dana zaprimanja zahtjeva od strane Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje.“ Obrazloženje: Navedeno zbog razloga što izabrani doktor svoj zahtjev ne dostavlja Zavodu za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, već Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
317	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Čl. 48. st. 3. Nacrta prijedloga promijeniti tako da glasi: „(3) Po donesenom nalazu i mišljenju iz st. 2. ovoga članka Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje obvezan je donijeti rješenje i obavijestiti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku od 30 dana od dana njegovog donošenja.“ Također ne stoji i nije provediva stavka: „O donesenom nalazu i mišljenju 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.“ Navedeno s obzirom da kao što je to rečeno u st. 2., zbog razloga što izabrani doktor svoj zahtjev ne dostavlja Zavodu za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom, već Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
318	<p>Pravobranitelj za osobe s invaliditetom NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Čl. 48. st. 5. Nacrta prijedloga promijeniti tako da glasi: „(5) Ako nadležni Hrvatski zavod za mirovinsko</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

osiguranje ne donese rješenje, te ne izvršiti izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod u roku iz st. 3. ovoga članka, naknada plaće za tog osiguranika od prvoga idućega dana, nakon isteka roka od 30 dana iz st. 3. ovoga članka tereti sredstva Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje.“

Obrazloženje: Naime, Zavod za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom (ZOSI) o donesenom nalazu i mišljenju obavještava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO) koji mu je i uputio osobu na vještačenje, a HZMO tada obavještava izabranog doktora, poslodavca osiguranika i Zavod (HZZO). Međutim, poslodavac zaključuje radni odnos radniku danom pravomoćnosti navedenog rješenja o priznavanju prava na invalidsku mirovinu zbog potpune nesposobnosti za rad koji datum i najčešće jeste tri mjeseca nakon vještačenja, odnosno utvrđivanja činjenice potpune radne nesposobnosti od strane nadležnih vještaka ZOSI. Ukoliko izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite zaključuje bolovanje unatrag (što po našem mišljenju ne bi se smjelo dešavati), tada poslodavac ostaje od strane HZZO-a zaknut za povrat sredstava isplaćenih u ime naknade plaće zbog privremene nesposobnosti za rad, premda radnik u to vrijeme nije radio već je koristio bolovanje, te ujedno od radnika traži povrat isplaćenih sredstava premda je radnik bio na bolovanju cijelo vrijeme. Odnosno nije primao invalidsku mirovinu jer istu može početi primati tek zaključenjem radnog odnosa. Tada se dešava da poslodavac poziva radnika da mu refundira isplaćene naknade plaće za vrijeme bolovanja koje mu je HZZO unatrag tri mjeseca zatvarajući bolovanje odbio isplatiti samo zbog razloga što u dostavljenom rješenju HZMO stoji da je osiguranik vještačen prije tri mjeseca te da je tada nalazom i mišljenjem vještaka i utvrđena potpuna radna nesposobnost. Da je to apsurd da se bolovanje zaključuje unatrag od datuma vještačenja može se zaključiti i iz toga što zahtjev za invalidsku mirovinu, odnosno utvrđivanje potpune radne nesposobnosti je mogao biti podnesen prije godinu dana, što se dešava, a osoba biti vještačena nakon nekoliko mjeseci (u prosjeku) iz iste medicinske dokumentacije pa opet neće joj se utvrditi da je bila potpuno nesposobna za rad sa datumom prije godinu dana, odnosno ukinuti bolovanje unatrag već isto se zatvara danom pravomoćnosti rješenja donesenog od strane HZMO. Da je tome tako govori činjenica da izabrani doktor ne šalje osiguranika tijelu vještačenja (ZOSI), već zajedno sa obrascem IN1 i 2 i s medicinskom dokumentacijom u HZMO koji mu i dostavlja obavijest – rješenje o invalidnosti osiguranika, odnosno smanjenja radne sposobnosti uz preostalu radnu sposobnost te djelomičnog ili potpunog gubitka radne sposobnosti. Te po pravomoćnosti istog poslodavac može poduzimati radnje glede osiguranika, a isto bi trebalo i HZZO.

<p>319</p>	<p>tm NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Dugogodišnji rad i iskustvo svih nas u PZZ znači da ipak poznamo sve dobre i loše strane takvog sustava na terenu i kao takvi naši prijedlozi bi trebali biti uvaženi bilo kao pojedinaca bilo kao stručnih udruga/društava. I profesionalno i etički je nekorektno da odgovornost za ocjenu radne sposobnosti ovisi o jednoj osobi-obiteljskom liječniku te bi trebala postojati komisija od više stručnjaka za postupke nadzora dugotrajnih bolovanja organizirana od strane HZZO-a (optimalno iz područja koja se bavi dijagnozom zbog koje je pacijent na bolovanju). Bilo bi korisno omogućiti obiteljskim liječnicima upućivanje pacijenta u „spornim situacijama“ na liječničko povjerenstvo HZZO-a za vrijeme trajanja bolovanja a ne po sadašnjem prema pacijentu i obiteljskom liječniku nekorektnom modelu da liječnik mora zatvoriti bolovanja, a pacijent se potom pacijent žali na njegov način vođenja bolovanja gdje je sva administrativno-pravna odgovornost na obiteljskom liječniku. Kao i ranije trebalo bi vratiti raniji način vođenja dugotrajnih bolovanja ovlaštenim kontrolorima HZZO-a koji bi provodili obavezne u kontrole u pravilnim vremenskim ciklusima. “Kada privremena nesposobnost osiguranika za rad traje neprekidno 3 mjeseca zbog iste dijagnoze bolesti, pravo na privremenu nesposobnost i duljinu trajanja utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda koje je obvezno donijeti nalaz i mišljenje o pravo osiguranika na privremenu nesposobnost za rad najkasnije u roku od 60 dana od dana proteka navedenog roka i o tome obavijestiti izabranog doktora u roku od osam dana od dana donošenja nalaza i mišljenja.” Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Neminovno je da je za odlučivanje o radnoj sposobnosti bilo obiteljskim liječnicima potrebna provedena dijagnostika uslijed te navedena problematika prolongira bolovanja. Trebao bi se napraviti zakonski temelj za razuman vremenski interval unutar kojeg pacijenti na bolovanju moraju biti obrađeni. Liječnik koji propisuje bolovanje trebao bi ga i voditi odnosno trebalo bi biti omogućeno vođenje bolovanja i stomatolozima i pedijatrima za bolovanja koja oni predlažu. Mi smo jedan zdravstveni sustav i u duhu toga bi se trebali i ponašati i mi koji radimo u njemu kao pružatelji zdravstvene zaštite na svim nivoima i krovne osiguravajuće kuće jer svi egzistiramo na doprinosima građana i tu leži odgovornost svih.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>320</p>	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

321	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
322	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. HUUGO: 2) izabrani doktor je obvezan obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti te ga sa svom propisanom dokumentacijom(dodati: ovjerenom kopijom dokumentacije od strane javnobilježničkog ureda) uputiti nadležnom tijelu vještačenja mirovinskog osiguranja..... obvezno donijeti nalaz i mišljenje o radnoj sposobnosti i invalidnosti osiguranika najkasnije u roku od 60 dana od dana zaprimanja prijedloga...(u praksi rješenja čekamo mjesecima)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
323	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
324	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
325	<p>ALMA KURC-BIONDA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
326	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Bolovanja duža od 12 mjeseci trebaju biti u nadležnosti vještaka Zavoda. Sva bolovanja duža od 12 mjeseci treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

327	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 23. Molim predlagatelja zakona da uzme u obzir i situaciju kada tijelo vještačenja donese nalaz koji je u potpunoj suprotnosti sa mišljenjem svih liječnika (izabranog i SKZ) koji su uključeni u liječenje. S ovom situacijom se susrećemo već duži niz godina i bolovanja koja su trebala već davno biti zaključena po osnovi trajnog gubitka radne sposobnosti (opće ili djelomične) se nastavljaju i nastavljaju pa ni ovlašteni kontrolori HZZO-a više ne znaju što činiti. Mora postojati neka veza i suodgovornost HZZO-a i HZMO-a u ovakvim situacijama jer se pacijente drži u neizvjesnosti. Ne očekuje se poboljšanje a naknada plaće spada na razinu socijalne pomoći zabolovanja koja traju godinama. Mora se naći rješenje za ljude koji su na bolovanju duže od 24 mjeseca u kontinuitetu. Oni su ili zdravi ili trajno nesposobni za svoje radno mjesto. Zavod mora imati zakonsku obvezu donijeti definitivno rješenje za pacijente koji su na bolovanju duže od 24 mjeseca (ili 36 mjeseci ako je to po volji zakonodavca). Ne mogu imati "diskrecijsko pravo odlučivanja" do beskraja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
328	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. U stavku 1. izmijenjenog članka 49. predložemo dopuniti odredbu na način da se iza riječi, "sklopio ugovor o radu" doda dio teksta koji glasi "ili donio rješenje o njegovom rasporedu," kako bi bilo jasno da se odredba odnosi ne samo na radnike koji s poslodavcem sklapaju ugovor o radu nego i na one zaposlene u državnoj službi, jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave koji stupaju na rad, odnosno primaju se u službu nakon čega se donosi rješenje o njihovom rasporedu, u skladu sa posebnim propisima. Odredbu stavka 4. navedenog članka potrebno je preciznije stipulirati kako bi bilo jasno da se ograničenje odnosi samo na ona zdravstvena stanja koja su povezana sa utvrđenom smanjenom radnom sposobnosti uz preostalu radnu sposobnost odnosno djelomični gubitak radne sposobnosti. Naime, kako proizlazi iz trenutno predloženog teksta navedene odredbe, uskrata naknade plaće odnosila bi se i na privremenu nesposobnost za rad zbog nekog akutnog oboljenja, primjerice gripe i sl., koje ničim nije povezano s djelomičnim gubitkom radne sposobnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
329	<p>HGK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZnom ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Naše članice koje se bave djelatnošću trgovine na veliko farmaceutskim proizvodima i ortopedskim pomagalicama vezano uz prijedlog izmjene članka 49. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ističu sljedeće: "Navedena predložena izmjena kojom se nameće obveza poslodavcu da radniku kojemu je smanjena radna sposobnost uz preostalu radnu sposobnost odnosno radniku koji ima djelomični</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

gubitak radne sposobnosti ponudi sklapanje novog ugovora o radu za obavljanje poslova za koje je sposoban u suprotnosti je s propisima kojima se uređuju radni odnosi s obzirom da nije predviđeno nuđenje i sklapanje novih ugovora o radu u navedenim okolnostima. Postavlja se pitanje, što ako poslodavac nema radno mjesto za koje bi s radnikom mogao zaključiti novi ugovor o radu? Je li poslodavac u sistematizaciji radnih mjesta (ako ju ima) u obvezi predvijeti radna mjesta za radnike smanjene radne sposobnosti i radnike s djelomičnim gubitkom radne sposobnosti? Sklapanje ugovora o radu je ozbiljan dvostrani pravni posao. Propisivanje ovakve izmjene čl. 49. st. 1. ide na štetu poslodavca koji u slučaju da nema za ponuditi novo radno mjesto svejedno treba naknaditi plaću osiguraniku. Dakle, u konkretnom slučaju poslodavac je bez radnika, jer mu nema za ponuditi radno mjesto koje bi radnik mogao obavljati sukladno radnoj sposobnosti, a svejedno mu treba naknaditi plaću. Navedenom odredbom poslodavac je stavljen u nepovoljan i neravnopravan položaj spram radnika. Predložena izmjena ne bi trebala nametati poslodavcu kreiranje novih radnih mjesta i nalagati mu sklapanje novih ugovora o radu bez da poslodavac ima potrebu za tim. Nadalje, u slučaju da je pojedini poslodavac čak i u mogućnosti ponuditi sklapanje novog ugovora o radu pitanje je što se događa nakon što prestanu okolnosti zbog kojih je sklopljen novi ugovor o radu? Je li poslodavac u obvezi raskinuti novi ugovor o radu i ponuditi radniku prvotno radno mjesto te što u slučaju ako radnik ne prihvati takav ugovor? Stoga smo mišljenja kako navedena izmjena nije usklađena s propisima koji uređuje radne odnose te je štetna za poslodavce. Isto tako, izmjena čl. 49. st. 2. je štetna za poslodavca i stavlja ga u neravnopravan položaj spram radnika iz istih navedenih razloga kao i st. 1. čl. 49. Naime isti propisuje da 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. Ponovno je na poslodavca stavljen teret isplate naknade plaće za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti za rad u slučaju kad je osiguraniku utvrđena neposredna opasnost od nastanka smanjene radne sposobnosti bez da je poslodavcu uopće pružena mogućnost izbora nego ga se pisiljava na kreiranje novih radnih mjesta bez obzira imao on mogućnosti i potrebe za to ili ne. Stoga smo mišljenja kako navedena izmjena nije usklađena s propisima koji uređuje radne odnose te je štetna za poslodavce. Člankom 49. st. 3. propisano je da naknada plaće iz stavka 2. istog članka tereti sredstva poslodavca sve do dana sklapanja pisanog ugovora o radu za obavljanje poslova za koje je osiguranik sposoban. Ponovno se postavlja pitanje što ako poslodavac nije u mogućnosti ponuditi radniku novi ugovor o radu za novo radno mjesto sukladno sposobnostima radnika? Kako će poslodavac postupiti ako se radniku vrati potpuna

	radna sposobnost? Navedena izmjena nije prihvatljiva, nije dovoljno određena i u konačnici je štetna za poslodavca jer nije usklađena s propisima koji reguliraju radne odnose."	
330	MAJA ČERINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Dogovori između pacijenata i poslodavca treba biti u domeni osiguravajuće kuće jer to nema veze s medicinskom strukom.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
331	SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Bolovanja u ovom smislu treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika. Odabrani liječnik nema uvid u ugovore i isplatu plaća osiguranika.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
332	Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Stavak 4 - kako će izabrani liječnik koji vodi bolovanje znati da pacijent nema pravo na naknadu plaće? Tko će i kako izvijestiti izabranog liječnika da li su se pacijent i njegov poslodavac dogovorili ili nisu. Smatram da ovo pravo, u smislu ovog članka, treba regulirati osiguravatelj - bez obzira na vrstu doznake i oznake na doznakama za naknadu plaće.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
333	VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Dogovori između pacijenata i poslodavca treba biti u domeni osiguravajuće kuće jer to nema veze s medicinskom strukom.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
334	Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Iz ovoga nije jasno kako bi izabrani liječnik trebao znati je li došlo do dogovora između zaposlenika i poslodavca, te ima li pacijent posljedično pravo na naknadu plaće ili ne. Obzirom da bi takve stvari trebao definirati i kontrolirati osiguravatelj, na izabranom liječniku je da otvori i vodi bolovanje sukladno medicinskoj indikaciji, a pravo na naknadu plaće bi trebao utvrditi HZZO utvrđivanjem okolnosti s poslodavcem, bez uključivanja izabranog liječnika u proces.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.
335	ANJA VALENTIN JURLINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Slažem se s kolegicom Dunjom Ljubičić. Dogovori između pacijenata i poslodavca treba biti u domeni osiguravajuće kuće jer to nema veze s medicinskom strukom.	Primljeno na znanje Primljeno na znanje.

336	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Dogovori između pacijenata i poslodavca treba biti u domeni osiguravajuće kuće jer to nema veze s medicinskom strukom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
337	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Slažem se s Bojanom Nikolić. Bolovanja u ovom smislu treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika. Odabrani liječnik nema uvid u ugovore i isplatu plaća osiguranika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
338	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Dogovori između pacijenata i poslodavca treba biti u domeni osiguravajuće kuće jer to nema veze s medicinskom strukom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
339	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Bolovanja u ovom smislu treba maknuti iz nadležnosti odabranog liječnika. Odabrani liječnik nema uvid u ugovore i isplatu plaća osiguranika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
340	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 24. Stavak 4 - kako će izabrani liječnik koji vodi bolovanje znati da pacijent nema pravo na naknadu plaće? Tko će i kako izvijestiti izabranog liječnika da li su se pacijent i njegov poslodavac dogovorili ili nisu. Smatram da ovo pravo, u smislu ovog članka, treba regulirati osiguravatelj - bez obzira na vrstu doznake i oznake na doznakama za naknadu plaće.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

341	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 25. Pučka pravobraniteljica već je ukazala na diskriminatorsni učinak odredbe trenutno važećeg članka 50. ZOZO koji propisuje kako 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 obveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme privremene nesposobnosti odnosno spriječenosti za rad, već mu se ona isplaćuje na teret sredstava poslodavca odnosno na teret sredstava osiguranika obveznika uplate doprinosa. Novopredloženim člankom 50. se podiže dobna granica, međutim i dalje su zaposlene osobe starije od 70 godina, stavljene u nepovoljniji položaj od drugih zaposlenih osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja. Iako propisi o radu omogućavaju njihov ostanak u svijetu rada i nakon 70 godina života, u kojem slučaju imaju obvezu osiguranja u obveznom zdravstvenom osiguranju pod istim uvjetima kao i svi ostali zaposleni, njima će samo zbog njihove životne dobi biti onemogućeno uživanje punog opsega prava zajamčenih Zakonom, uključivo i pravo na naknadu plaće na teret Zavoda za vrijeme privremene nesposobnosti za rad, kao što je to omogućeno onima koji su zaposleni osiguranici obveznog zdravstvenog osiguranja u dobi ispod 70 godina. Osim što može djelovati demotivirajuće za zadržavanje/zapošljavanje starijih radnika u procesu rada, a što je suprotno politikama koje su usmjerene na njihov što dulji ostanak na tržištu rada, uskrata prava koja je motivirana isključivo životnom dobi zaposlenog osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja zakonom zabranjenu dobnu diskriminaciju. Stoga predlažemo brisanje navedene odredbe, čime bi se svim osiguranicima obveznog zdravstvenog osiguranja koji imaju iste obveze prema Zavodu osigurala i ista prava neovisno o njihovoj životnoj dobi.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
342	<p>Sindikata umirovljenika Hrvatske NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 25. Sindikata umirovljenika Hrvatske također zahtijeva da se obvezno uvede izmjena članka 50. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim se propisuje kako osiguranik koji je navršio 65 godina života i 15 godina godina mirovinskog staža nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja za vrijeme privremene nesposobnosti, već na teret sredstava poslodavca odnosno osiguranika koji je obveznik uplate doprinosa. Kako se se ovim člankom diskriminiraju zaposleni umirovljenici, to će ova odredba hitno mora izmijeniti na način da se izjednače u pravima svi zaposlenici.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
343	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 25. HUUGO: napokon.....</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

344	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 26. Ovim člankom dodatno se uređuju odredbe sadašnjeg članka 51. Zakona 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. Pritom se u članku 51. stavku 1. važećeg Zakona, predlaže produljenje roka sa osam na 15 dana. To znači da bi osiguranik kojemu je za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom, naknada plaće pripadala još najviše 30 dana računajući od dana prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom, pod uvjetom da mu je izabrani doktor privremenu nesposobnost utvrdio najmanje 15 dana prije prestanka radnog odnosa odnosno obavljanja djelatnosti osobnim radom, dok taj rok prema stavku 1. članka 51. važećeg Zakona iznosi osam dana. Budući predloženo produljenje roka ne sadrži posebno obrazloženje, a sasvim sigurno će posljedično dovesti do manjeg broja osiguranika kojima će pripadati naknada plaće nakon prestanka radnog odnosa, mišljenja smo da je potrebno zadržati postojeće zakonsko rješenje, tj. rok od osam dana.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
345	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 27. Brisati stavak 4. U praksi su se već događale ovakve situacije. Ako je odabrani liječnik odgovoran za privremenu nesposobnost za rad i dijagnoze, tko je onda nadležan ocjeniti da li je ispravno zaključeno bolovanje i promjenjena dijagnoza?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
346	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 27. Brisati stavak 4. U praksi su se već događale ovakve situacije. Ako je odabrani liječnik odgovoran za privremenu nesposobnost za rad i dijagnoze, tko je onda nadležan ocjeniti da li je ispravno zaključeno bolovanje i promjenjena dijagnoza? Ovakva odredba se može poštovati jedino ukoliko se za vođenje PNR ovlaste vještaci Zavoda koji su kompetentni procijeniti da li je nastupila medicinska indikacija za zaključivanja PNR ili mijenjanje dijagnoze. 1</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

347	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 27. Kako bolnički liječnici nemaju veze s bolovanjima, tako ne trebaju ni liječnici obiteljske medicine. Osiguravajuće kuće i njihovi vještaci su educirani o tome pa neka preuzmu taj posao u potpunosti. I kako smatrate da će novopečeni liječnici izašli s fakulteta, kojima planirate propisati obvezu rada u PZZ, znati voditi bolovanja kada na fakultetu ni b o bolovanjima nema?!?!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
348	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 27. Kako bolnički liječnici nemaju veze s bolovanjima, tako ne trebaju ni liječnici obiteljske medicine. Osiguravajuće kuće i njihovi vještaci su educirani o tome pa neka preuzmu taj posao u potpunosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
349	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 27. Brisati stavak 4. U praksi su se već događale ovakve situacije. Ako je odabrani liječnik odgovoran za privremenu nesposobnost za rad i dijagnoze, tko je onda nadležan ocijeniti da li je ispravno zaključeno bolovanje i promjenjena dijagnoza? Ovakva odredba se može poštovati jedino ukoliko se za vođenje PNR ovlaste vještaci Zavoda koji su kompetentni procijeniti da li je nastupila medicinska indikacija za zaključivanje PNR ili mijenjanje dijagnoze.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
350	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 28. Ovim člankom se uređuju odredbe o slučajevima kada osiguranik nema pravo na naknadu plaće te se mijenja članak 53. stavak 1. važećeg Zakona tako da se dodaje nova točka pod br. 9. kojom se predlaže da osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako mu je za vrijeme dok je udaljen s rada ili otkaznog roka za vrijeme kojeg nema obvezu rada utvrđena privremena nesposobnost za rad. Uzimajući u obzir naša saznanja da vremensko trajanje udaljenja s rada može trajati više mjeseci te da se za to vrijeme radnik (osiguranik) nalazi u radnom odnosu kao i to da otkazni rok radnika prema članku 122. Zakona o radu (NN, br. 93/14, 127/17 i 98/19, dalje u tekstu: ZOR) može trajati do tri mjeseca (ovisno koliko je mjeseci ili godina radnik neprekidno proveo na radu kod istog poslodavca), a obje okolnosti (udaljenje s rada i otkazni rok za vrijeme kojega radnik nema obvezu rada) posljedica su volje poslodavca na koju radnik kao slabija strana u ugovornom odnosu nije u mogućnosti utjecati, predlažemo ovu odredbu brisati. Ovo tim više, jer je člankom 122. stavak 4. ZOR-a regulirano da je radniku koji je tijekom otkaznog roka oslobođen obveze rada poslodavac obvezan isplatiti naknadu plaće i priznati sva ostala prava kao da je radio do isteka otkaznog roka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

351	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 28. Dodaje se nova točka 9. kojom se određuje kako osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako mu je za vrijeme dok je udaljen s rada ili otkaznog roka za vrijeme kojeg nema obvezu rada utvrđena privremena nesposobnost. Osiguranik koji je oslobođen obveze rada za vrijeme otkaznog roka je i dalje u radnom odnosu i prima naknadu plaće. Ako takvom osiguraniku liječnik može odrediti privremenu nesposobnost za rad (a iz ove točke izričito se navodi kako je ona utvrđena), onda mu mora i pripadati pravo na naknadu plaće. Isto tako vrijedi i za osiguranika koji je udaljen s rada. Takva osoba je i dalje u radnom odnosu i prima naknadu plaće. Ako utvrđena privremena nesposobnost traje više od 42 dana tko će radniku isplaćivati naknadu plaće? Ovdje je zapravo pitanje može li se takvom osiguraniku utvrditi privremena nesposobnost za rad, a ne isplata naknade plaće.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
352	<p>Dejan Momčilović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 28. Članak 53., stavak 1., točka 6. je potrebno pojasniti : "da se ne pridržava uputa za liječenje" bi trebalo uključivati situacije gdje pacijent odbija preporučene terapijske postupke, ne uzima medikamentoznu terapiju, ali i odbija dijagnostičke postupke kojima bi se trebala postaviti jasnija dijagnoza (npr. odbijanje testiranja na SARS-CoV-2).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
353	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 28. Izuzeti odabranog doktora za kontrolu privremene nesposobnosti za rad i za to ovlastiti vještaka Zavoda koji ima mogućnost uvida u prihode osiguranika, kontrolu posjeta medicinskim ustanovama, provođenje kontrole na zahtjev osiguranikovog poslodavca.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
354	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 29. Smatramo kako je potrebno zadržati postojeće rješenje (st.7. i 8.) prema kojem se određuje povećanje osnovice za utvrđivanje naknade plaće sukladno porastu plaće zaposlenih u RH, ako je taj porast veći od 5%, u slučaju kada osiguranik prima naknadu plaće neprekidno dulje od tri mjeseca. Ne vidimo razloga za ukidanje navedenog usklađivanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

355	<p>HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH BIOKEMIČARA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 30. Hrvatska komora medicinskih biokemičara smatra da bi u članku 55. stavku 2. trebalo dodati točku 9. temeljem koje bi osobe koje prolaze kroz postupak medicinske potpomognute oplodnje ostvarivale pravo na naknadu plaće u iznosu od 100% osnovice na teret Zavoda, a u cilju pronatalitetne politike i demografije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
356	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 30. Smatramo nužnim povećati minimum mjesečnog iznosa za puno radno vrijeme na način da naknada ne može biti niža od 50% proračunske osnovice (3.326,00 kn:2=1.663,00 kn). Isto tako, smatramo nužnim povećati visinu najvišeg mjesečnog iznosa naknade plaće na teret sredstava Zavoda za puno radno vrijeme. Predlažemo maksimalni iznos naknade plaće povećati na 7.500,13 odnosno na 225,5% proračunske osnovice (3.326,00knx225, %=7.500,13 kn), što vežemo za povećanje iznosa naknade plaće koja se isplaćuje za vrijeme korištenja roditeljskog dopusta prema novom Zakon o roditeljskim potporama. Također, predlažemo povećanje visine najniže naknade i to na 50% proračunske osnovice u članku 58. Zakona.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
357	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 32. HUUGO: Čl 65 st 4) Pravo na naknadu za troškove prijevoza osigurana osoba ostvaruje na osnovi tiskanice putnog naloga koji izdaje izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite ili izabrani doktor dentalne medicine (dodati)....a ovjerene u područnom uredu Zavoda u praksi imamo more naplaćenih kazni liječnicima zbog izdavanja putnih naloga osiguranicima, ovime bi takve nelogičnosti prevenirali</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
358	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 35. Ovaj prijedlog s popisa prihoda HZZO-a ukida prihode od trošarina na duhanske proizvode. To će dovesti do izravnog smanjenja prihoda od oko 1,5 milijardi kuna godišnje iz Državnog proračuna. Međutim, ovaj Prijedlog ne nudi rješenje nadonade takve razlike, ali i kada bi nudilo, takva mjera je u suprotnosti sa svim svjetskim trendovima o dodatnom financiranju zdravstva i smanjenju potražnji za štetnim proizvodima (koje pak indirektno smanjuju troškove zdravstva).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

359	<p>Vitimir Begović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 35. Potrebno je nastaviti i intenzivirati započeti plan razvoja projekta Središnjeg nacionalnog informacijskog sustava zaštite na radu i zaštite zdravlja (Data Collectora), koji projekt je osmišljen u vrijeme djelovanja središnje nacionalne javne ustanove Zavoda za unapređivanje zaštite na radu, kako bi se integrirali i koristili svi relevantni podaci potrebni za praćenje, analizu, istraživanja i provedbu kampanja i aktivnosti usmjerenih na prevenciju i unapređivanje sigurnosti i zdravlja radnika u Republici Hrvatskoj. Iz potpuno nerazumljivih razloga dio pojedinaca iz područja zdravstva nije pokazao nikakav interes da se to realizira, pa danas nemamo elementarne pokazatelje, ili se isti „pješke“ obrađuju s ogromnim kašnjenjem. Pored toga potrebno je uspostaviti odgovarajući efikasan institucionalni okvir u ovom području, kao što je to primjer drugih razvijenih država. Uz stimulativan i poticajan model osiguranja to je put reforme kojim treba ići naprijed. (https://www.sigurnost.eu/cjeloviti-i-pouzdati-podaci-kljucni-za-prevenciju-rizika-na-radu/).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
360	<p>HGK NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 35. Vežano uz izmjenu članka 72. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju naša članica predlaže zadržati obvezan transfer sredstava prikupljenih kroz trošarine za duhanske proizvode s obzirom na neraskidivost odnosa konzumacije duhanskih proizvoda i nepovoljnih zdravstvenih stanja te rastućih troškova kao posljedica istog.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
361	<p>Dunja Beg NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 35. Ivan Gabrilo, dipl. iur. - Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu, Zagreb, Rugvička 1..... podržava predložene izmjene i dopune Zakona o obveznom zo, osim odredbi članka 35. prijedloga Zakona, koji izvire/naslanja se na primjenu članka 19. istog Zakona. Naime, Udruga smatra da prihod iz PARTICIPACIJE koju plaća svaki korisnik zz pružatelju primarne zdravstvene zaštite (opće/obiteljske medicine, ginekologije i dentalne medicine, te izdavanje lijekova na Rp) i to neposredno ili posredstvom dopunskog zo, MORABITI PRIHOD PRUŽATELJA ZZ, a ne prihod Zavoda – identično kako je propisano člankom 19. za subjekte sekundarne razine. Postupajući prema subjektima primarne razine zz, kako je utvrđeno u prijedlogu Zakona, za te/takve značilo bi izravni akt diskriminacije u pružanju javne zdravstvene službe i to subjekta, koji je uključen u Mrežu JZS (akt diskriminacije je svaki akt, kada se nekoga stavlja u nepovoljniji položaj u odnosu na drugoga u istoj pravnoj situaciji)? Pored akta izravne diskriminacije, faktično stanje odnosa Zavoda prema subjektima primarne razine zz upućuje na zaključak, da se tim subjektima moraju povećati izvori stjecanja prihoda,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

makar i minimalno sa iznosima participacije koju su u apsolutnom iznosu zbilja minimalni (npr. participacija za izdani lijek na Rp, 9,98 kn ili 1,32 €, što za subjekta ljekarničke djelatnosti znači obradu 1000 Rp da bi realizirao prihod od cca 10.000,00 kn ili 1.320,00 €, za pokriće svih troškova poslovanja, uključujući i troškove za zaposlene, ne računajući troškove nabave lijekova i drugih materijala s kojima trguje ljekarna po nabavnim cijenama?). Drugi najznačajniji razlog je, što Zavod od 2013.god. nije radio novu kalkulaciju cijena usluga/vrijednosti programa rada subjekata zz prema istim parametrima ili parametrima prilagođenim promjenama obračuna plaća u cijeni usluge/vrijednosti programa, kako se mijenjala politika plaća u javnom sektoru zdravstva, prema odlukama Vlade i usvojenih koeficijenata za izračun - aplikacija na iznos osnovice – te usvojenim dodacima za izračun plaća iz Kolektivnog ugovora. Znano je, da se subjektima javnog zdravstva JAMSTVOM DRŽAVE OSIGURAVA OBRAČUN PLAĆA prema Kolektivnom ugovoru, bez obzira na financijski rezultat poslovanja takvog zdravstvenog subjekta (gubitak cca 1,5 milijardu kn/godina) i to na teret državnog proračuna. Naime, znano je, da udio troškova za zaposlene = obračunate plaće II. bruto + materijalna prava za takve subjekte – probiju granicu od 50 % prihoda zdravstvenog subjekta. Razliku do indeksa 100 takvom subjektu, bez obzira da li je u vlasništvu Države ili županije pokriva Država iz državnog proračuna prema članku 1. Kolektivnog ugovora i prema Zakonu o zz/2018.god. Postupajući na opisani način, svjesno ili nesvjesno, Država radi akt izravne diskriminacije prema privatnim subjektima zdravstva koji su uključeni u Mrežu JZS, jer su isključeni iz takvog jamstva, glede osiguranja sigurnosti za ostvarenje plaća prema istim parametrima kao zaposleni u javnom sektoru zdravstva, a kreatori takve politike znaju ili bi morali znati, da je člankom 62. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano – po prilici slijedeće: „Zdravstveni radnici privatne prakse uključeni u Mrežu JZS glede obračuna plaća svojim radnicima moraju isti obračun u s k l a d i v a t i sa Kolektivnim ugovorom za zdravstvo i zdravstveno osiguranje“. U startu, udio troškova za zaposlene u ukupnom prihodu zdravstvenog radnika privatne prakse uključenog u Mrežu JZS, a prema kalkulaciji HZZO-a je 70 % ili 20 %-tnih poena više od jamstvenog postotka koji je Država preuzela na sebe kao obvezu prema subjektima svog ili županijskog vlasništva i to za iste djelatnosti koje obavljaju i subjekti privatnog vlasništva u sastavu javne službe iz Mreže JZS?? Pored jamstva za plaće subjektima javnog zdravstva, kako je navedeno u ovom obrazloženju, istim subjektima Država jamči i pokriće troškova za ostale osnove iz klase IV, a da se o pokriću troškova za kupnju opreme u funkciji, proširenje materijalne osnove rada, kupnju informatičke opreme te pokriće gubitaka i dr., na teret decentraliziranih sredstava ne govori (cijena usluge/vrijednosti prihoda koju kalkulira HZZO primjenjiva je i za DZ). Zbog navedenog, zdravstveni radnik privatne prakse uključen u Mrežu JZS ne realizira sredstva za te namjene što je imanentno svakom poduzetniku, da

bi mogao opstati na tržištu. Notorna je pravna činjenica da je svaki privatni zdravstveni subjekt, bez obzira da li je uključen u Mrežu JZS ili ne, poduzetnik, prema definiciji/obilježjima kako je propisano člankom 43. Općeg poreznog zakona. Za razliku od DZ ili bolnice/klinike u vlasništvu države/županije, on je obveznik plaćanja poreza na dohodak ili dobit, dok ovi drugi to nisu (osnovani samo za obavljanje društvene funkcije)? Kao kritika sustava moramo naglasiti da u R Sloveniji privatnik za istu djelatnost skrbi o manjem broju osiguranika/tim, a da istovremeno i da ostvaruje sredstva prihoda koji su cca 100 % veći od prihoda prema kalkulaciji HZZO-a za isti tim u RH i to 13 – 14 puta/godinu?? Također se mora naglasiti, da je prema evidencijama Eurostata u RH bilo 22 % više liječnika zaposlenih u bolnicama/klinikama na 100.000 stanovnika – danas više od 30 % zbog za cca 400.000 stanovnika koji su napustili RH u prethodnim godinama – dok je liječnika/timova primarne razine zz bilo za cca 30 % manje u odnosu na isti standard mjereno brojem stanovnika/tim. Reforma zdravstva ne može se promijeniti, ako se ne mijenja pristup Zavoda u izvršenju svojih zakonskih obveza. Ako Zavod to ne može, Država se mora opredijeliti da primjeni model npr R. Slovačke sa 2 – 3 Zavoda više, 1 državni i 1 – 2 privatna. Pri tome, mora se također naglasiti da od 2008.g., godine kada je u Zakon o zz ugrađena obveza jedinica lokalne samouprave osiguranja sredstava za NADSTANDARD subjektima primarne razine zz, da ta odredba Zakona, kao i zakona iz 2018. u praksi nije zaživjela (kada se prezentirao elaborat jedinicama lokalne samouprave prema prebivalištu osiguranika za plaćanje nadstandarda obavljenog većeg broja usluga/veće vrijednosti ili vrsta usluga, po cijenama HZZO-a, te osiguranja sredstva za kupnju nužne opreme koja je propisana kao minimum, da bi subjekt uopće mogao obavljati djelatnost, ne tu kupnju financirati na teret svog dohotka, umanjujući „plaću“ za sebe ili radnika tima, nitko od JLS nije osporio pravni osnov izvršenja svoje obveze, već su izjavili - „mi nemamo za to sredstava“ (od ukupno 21 JPRS samo njih 6 ima aktivnih osiguranika do prosjeka od 78.000, a većinu prihoda ostvaruju iz poreza, prireza iz plaće, poreza na promet nekretnina?). Da se ne bi shvatilo da Udruga traži promjene u korist subjekata primarne zz, bez osjećaja realnosti, prema mogućnostima Države, navodimo da to nije tako. Naime, Udruga je već prije predlagala HZZO-u promjene – začuđuje njihova inertnost i neodgovornost – prilagođavajući promjene u vrednovanju rada privatnika u Mreži JZS u odnosu na praksu R Slovenije, prema razlici BDP/stanovnik RH u odnosu na R Sloveniju (ne iste vrijednosti, već manje, koliko je manji BDP stanovnik RH/BDP stanovnik R Slovenije??).

362	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 36. Prijedlog "unaprijed" ozakonjuje sanaciju zdravstva, odnosno dodatna sredstva HZZO-u iz Državnog proračuna „po potrebi“ i „prema mogućnostima“, mimo svih drugih odredbi. Ovaj prijedlog članka jasno i direktno potvrđuje potpunu neučinkovitost Ministarstva zdravstva, odnosno navodi kako niti nema namjeru aktivno upravljati financijskim tokovima u zdravstvu (a time ni zdravstvom). Budući da se ovakva financijska politika u zdravstvu vodi kontinuirano od 2017. godine do danas, ostatak ovog zakona glede financiranja sustava nije niti potreban. Ako ništa, barem pohvaljujem iskrenost Predlagača kako nema nikakvu intenciju upravljat zdravstvom.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	---	---

363	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 37. Pozdravljamo prijedlog kojom se nastoji riješiti dugogodišnji problem dugih lista čekanja i to na način da Zavod može, na temelju zahtjeva resornog ministarstva, raspisati natječaj za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i mimo razdoblja od, u pravilu, svake treće godine, ako se na temelju praćenja listi čekanja utvrdi značajno produženje čekanja na određene zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Međutim, odredbom stavka 1. članka 88a. potrebno je preciznije odrediti što se podrazumijeva pod značajnijim produženjem čekanja za određene zdravstvene usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Također, svakako je potrebno odrediti i vremenski rok do kojeg se lista čekanja smatra prihvatljivom i u skladu sa medicinski prihvatljivim rokom za izvršenje pojedine zdravstvene usluge. Konačno, potrebno je i dodatno raditi na osvještavanju i informiranju osiguranika o razvijanju osobne odgovornosti i pravovremenom i pravilnom otkazivanju termina za naručene preglede i medicinske postupke, isto s ciljem smanjenja listi čekanja. Osim samog vremena čekanja, nezadovoljstvo pacijenata proizlazi i iz činjenice da se termin koji dobiju kada se naruče u nekoj od zdravstvenih ustanova razlikuje od termina koji je za tu ustanovu naveden na web stranicama Zavoda. Iako Zavod napominje kako je točnost podataka s njihove web stranice u nadležnosti samih ustanova, tj. ovisan o tome koliko redovno ga same ustanove ažuriraju, s obzirom da se i od samih pacijenata očekuje da se za pretragu prijave samo u jednu ustanovu, postoji opravdano očekivanje da je broj dana čekanja objavljen na webu Zavoda točan i da se prema njemu pacijenti mogu orijentirati pri odabiru ustanove u koju će se naručiti. Zbog toga bi Zavod (i ustanove) trebali dodatno poraditi na poboljšanju postojećeg sustava dostave podataka od strane ustanova ili razmotriti uvođenje novog, a sve u cilju informiranosti pacijenata o tome koliko se dana čeka za koju pretragu u kojoj ustanovi i na osnovu toga se naručiti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
364	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 37. Smanjenje listi čekanja vrlo je kompleksan i zahtjevan problem. On bi svakako podrazumijevao iznimnu motiviranost Predlagatelja i želju za strukturnim reformama, a čiji bi se rezultati vidjeli tek u narednim mandatima. Mogućnost dodatnog ugovaranja s HZZO-om radi smanjenja listi čekanja brzopotezna je mjera koja vodi opet - privatizaciji zdravstva. Ministarstvo mora sve napore uložiti u poboljšanje efikasnosti javnih usluga, a ne otvarati vrata privatnim praksama uslijed neefikasnosti iste.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

365	<p>Nezavisni hrvatski sindikati NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 37. Jesu li obuhvaćene i privatne zdravstvene ustanove novim člankom? Može li se dogoditi „umjetno“ produženje liste čekanja kako bi se pogodovalo privatnom sustavu i na koji način spriječiti isto?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
366	<p>HRVATSKA UDRUGA PODUZETNIKA U ZDRAVSTVU NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 37. Glede predviđene mogućnosti potrebno je jasno propisati da se na raspisani javni natječaj mogu javiti i privatni subjekti koji pružaju zdravstvene usluge (trgovačka društva i ustanove), a što i je intencija ovog novog članka. Nužno je snažnije opredjeljenje prema dodjeli poslova privatnom zdravstvenom sektoru u smislu preuzimanja dodatnog posla od javnog sektora. Kako obvezni doprinosi iz plaće za potrebe zdravstva iznose 16,5%, nužno je omogućiti mogućnost liječenja u institucijama po izboru građanima, a sukladno njihovoj ocjeni kvalitete, brzini i dostupnosti usluge.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
367	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 38. HUUGO U cijeloj zemlji mjesta umreži JZS su nepopunjena, čija je to odgovornost? Kakva je to politika razvoja i unapređenja zdravstvene zaštite? Osiguranici nemaju osiguranu zdravstvenu skrb. Timovi imaju enormne brojeve osiguranika u skrbi, domovi zdravlja imaju ekskluzivno pravo ugovaranja timova beznositelja čime se direktno zakida osiguranike u zdravstvenoj skrbi. To se mora ukinuti. Ugovornim ordinacijama se krajem kalendarske godine svi neplaćeni računi storniraju(njih od 30-40% !!) U isto vrijeme domovima zdravlja Zavod šalje obavijest da će im platiti sve račune izvan limita! Samo domovima zdravlja. Čija je to odluka? Cijene zdravstvenih usluga niže su od minimalnih cijena prema cjeniku HLK.!!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
368	<p>Hrvatska komora primalja NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 38. Predlagatelj Hrvatska komora primalja U članku 98. stavak. 1. točka 8. mijenja se i glasi: „utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost pojedine zdravstvene usluge iz obveznoga zdravstvenog osiguranja uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo na temelju prethodno pribavljenog mišljenja i suglasnosti nadležnih komora“ S obzirom da se utvrđuju cijene zdravstvene zaštite Hrvatska komora smatra kako je potrebno prethodno pribaviti mišljenje komora te propisati cijene tek uz suglasnost komora.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

369	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 41. Obzirom na postavljene uvjete za ravnatelja i zamjenika ravnatelja Zavoda koji, kako se predlaže, moraju imati završen sveučilišni studij, upućujemo na odredbu članka 57. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti kojim su definirani sveučilišni i stručni studiji. Kako je navedeno, sveučilišni studij osposobljava studente za obavljanje poslova u znanosti, umjetnosti i visokom obrazovanju, u poslovnom svijetu, javnom sektoru i društvu općenito te za razvoj i primjenu znanstvenih, umjetničkih i stručnih dostignuća. Stručni studij izvode se na veleučilištima i sveučilištima i osposobljavaju studente za obavljanje stručnih poslova u poslovnom svijetu, javnom sektoru i društvu općenito, o čemu treba svakako voditi računa i pri propisivanju uvjeta za imenovanje ravnatelja i zamjenika ravnatelja Zavoda. Ukoliko se usvoji predloženo rješenje smatramo da je barem u obrazloženju navedenih odredbi potrebno objasniti zašto obrazovanje diplomanata diplomskih stručnih studija pravnog, ekonomskog ili zdravstvenog usmjerenja koji zadovoljavaju i druge uvjete nije prihvatljivo za ravnatelja i zamjenika ravnatelja Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
370	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 43. Obzirom na postavljene uvjete za ravnatelja i zamjenika ravnatelja Zavoda koji, kako se predlaže, moraju imati završen sveučilišni studij, upućujemo na odredbu članka 57. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti kojim su definirani sveučilišni i stručni studiji. Kako je navedeno, sveučilišni studij osposobljava studente za obavljanje poslova u znanosti, umjetnosti i visokom obrazovanju, u poslovnom svijetu, javnom sektoru i društvu općenito te za razvoj i primjenu znanstvenih, umjetničkih i stručnih dostignuća. Stručni studij izvode se na veleučilištima i sveučilištima i osposobljavaju studente za obavljanje stručnih poslova u poslovnom svijetu, javnom sektoru i društvu općenito, o čemu treba svakako voditi računa i pri propisivanju uvjeta za imenovanje ravnatelja i zamjenika ravnatelja Zavoda. Ukoliko se usvoji predloženo rješenje smatramo da je barem u obrazloženju navedenih odredbi potrebno objasniti zašto obrazovanje diplomanata diplomskih stručnih studija pravnog, ekonomskog ili zdravstvenog usmjerenja koji zadovoljavaju i druge uvjete nije prihvatljivo za ravnatelja i zamjenika ravnatelja Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

371	<p>Meri Margreitner NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNO ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 46.</p> <p>• Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad predlažem obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe predlažem da se pedijatrima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predlažem da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika.</p> <p>• Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad predlažem obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe predlažem da se pedijatrima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predlažem da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika.</p> <p>v• Članak 46. vezan za utvrđivanje i vođenje privremene nesposobnosti za rad predlažem obvezno kontroliranje osiguranika koji su privremeno nesposobni za rad 3 mjeseca, i to od strane liječničkih povjerenstava Zavoda. U okviru iste odredbe predlažem da se pedijatrima omogućiti otvaranje i vođenje privremene nesposobnosti za rad roditelja djeteta kada je privremena nesposobnost uvjetovana potrebama djeteta kako bi se liječnici obiteljske medicine makar u tom pogledu administrativno rasteretili prepisivanja preporuka drugih liječnika. Osim toga, predlažem da u slučajevima kratkih i samoizlječivih bolesti, poslodavac u dogovoru s radnikom može do 5 radnih dana godišnje ostvariti prava na temelju privremene nesposobnosti za rad bez izdavanja doznaka od strane izabranog liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

372	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 47. Ovim člankom uređuje se priznavanje i prestanak svojstva osiguranika. Njime se mijenjaju odredbe čl. 120. važećeg Zakona, na način da se iza stavka 2. predlaže dodati novi stavak 3. kojim se regulira da Zavod donosi rješenje na zahtjev osobe kojoj je utvrđen status osiguranika odnosno prestanka toga statusa u skladu sa stavkom 2. toga članka. Predlažemo novim stavkom 3. regulirati i da kada Zavod po službenoj dužnosti odlučuje o prestanku svojstva osiguranika, obvezno donosi rješenje. Obrazloženje za ovaj prijedlog smo već naveli uz članak 2. Prijedloga Zakona.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
373	<p>Andreja Marić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Članak 52, koji se odnosi na čl.152. Predlaže se brisanje stavka 4, članka 152. Kažnjavanje liječnika koji ima povjerljiv odnos s pacijentom je neprihvatljivo. HZZO (Zavod) je osiguravatelj pa bi trebao riješiti odnos između sebe kao osiguravatelja i pacijenta kao osiguranika, te se regulacijom i kontrolom bolovanja treba baviti HZZO. Osim toga, navedena odredba je potpuno destimulirajuća za sve one koji bi željeli raditi ili rade u PZZ i vodi daljnjem opterećenju i urušavanju Obiteljske medicine/PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
374	<p>Sara Medved NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Na koji način će se raditi procjena „koja nije u skladu s njegovim zdravstvenim stanjem i medicinskom indikacijom odnosno s drugim razlozima privremene spriječenosti za rad“? Koliko ona može uopće biti objektivna? Ovakav prijedlog uvođenja penalizacija demotivira rad u PZZ, a kombinaciji s Prijedlogom ZZZ dovest će do potpunog sloma obiteljske medicine, inače temelja našeg zdravstvenog sustava.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

375	<p>Valentin Žagar NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Predložemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
376	<p>Meri Margreiter NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. •Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
377	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Ma trebalo bi još više kažnjavati najgore neprijatelje sustava i države, liječnike obiteljske medicine. Ovo su sulude primisli i nakane, sramotno i iznimno degradirajuće!!!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

378	<p>Ivan Remaj NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. INICIJATIVA MLADIH LIJEČNIKA Članak 52. (4) je nastavak dugogodišnjeg mobinga HZZOa prema obiteljskoj medicini. Zašto se u zakon guraju odredbe o kažnjavanju liječnika i pacijenata ako neka osoba iz zavoda proizvoljno zaključi da nešto sa bolovanjem ne valja. Zaposleniku Zavoda je u interesu da što više novca zadrži u kasi HZZOa. Ovo je očit sukob interesa u kojem se jednom Zavodu koji drži potpuni monopol nad zdravstvenim osiguranjem daje za pravo da radi što hoće. Regulacijom bolovanja neka se bavi HZZO. Bolovanje nema veze sa medicinom nego sa birokracijom i liječnici se ne bi trebali baviti time, već bi trebali liječiti pacijente. Novčanom kaznom bi se trebalo kažnjavati i zaposlenike HZZO-a kada nenamjenski troše novac za zdr. Osiguranje. Proračun HZZOa za troškove rada njihovih zaposlenika bi trebalo izdvojiti od proračuna za zdravstvenu zaštitu kako bi se lakše kontrolirala potrošnja i malverzacije sa javnim novcem (nabavka skupih automobila na teret poreznik obveznika ...)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
379	<p>MAJA ČERINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je brisanje odredbe članka 152. st. 4. - kažnjavanje je potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
380	<p>Tamara Fable Karlić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st. 4. - apsolutno je neprihvatljivo kažnjavanje izabranih liječnika i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini. Na ovaj način se zasigurno neće jačati PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
381	<p>Nives Radošević Quadranti NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Brisanje odredbe članka 152. st. 4. - Ovakvo kažnjavanje liječnika je suvišno i potpuno destimulirajuće - tko će se odlučiti na rad u obiteljskoj medicini ako u iznos svoje plaće mora uračunati i navedene iznose kazni koje mogu biti izrečene na temelju nedefiniranih kriterija.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

382	<p>SNJEŽANA PERMOZER HAJDAROVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st.4 o kažnjavanju liječnika. Ionako je manjak liječnika u obiteljskoj medicini, a ovakvim destimulirajućim odredbama, zakonodavac sam sebi skače u usta sa izjavama o jačanju PZZ. Kad bi liste čekanja bile kraće i postojao dobro razrađen sustav prekvalifikacija i stope bolovanja bi bile manje,</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
383	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Novčane kazne u cijelosti su neprihvatljive. One su već definirane ugovornim odnosima liječnika i HZZOa, a trebale bi biti definirane i kroz košaricu usluga. Recite svojim osiguranicima, kao što to čine i sve druge osiguravajuće kuće, što točno pokriva njihovo zdravstveno osiguranje, što su im prava, a što obaveze, pa će iz toga proizlaziti i sankcije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
384	<p>Adrijana Tomas NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Na koji točno način će navedene izmjene potaknuti mlade liječnike da se odluče baviti obiteljskom medicinom? Umjesto da se liječnici zadržavaju u RH financijskim stimulacijama predlagatelj se odlučio za prisilan rad i novčane kazne i onda ćemo se čuditi zašto su liste čekanja sve dulje, a naši sugrađani se moraju liječiti u privatnim poliklinikama.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
385	<p>Helena Pejić Popović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Nedopustivo je kažnjavanje liječnika! Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st.4 o kažnjavanju liječnika. Uz manjak liječnika u obiteljskoj medicini, i uz ovakve destimulirajuće odredbe, potpuno će se uništiti obiteljska medicina i pobjeći će i ovo malo entuzijasta koji još rade i vole obiteljsku medicinu . Tko će uopće poželjeti doći i raditi u ovu granu medicine gdje ti svaki dan prijete neka kazna? U kojoj struci to još ima?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
386	<p>IVAN MILETIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Članak 152, naručito stavka (5) je nebuloza kojom će se samo oštetiti pacijenti jer neće dobiti lijek koji potencijalno može pomoći vezano za njihove simptome i tegobe, a ograničen je klauzulom HZZO-a koja uopće nema veze sa strukom nego je to samo stvar ekonomije. Lakše je maknuti klauzule nego zahtijevati od već dobro izrabljenih liječnika na sekundarnoj i tercijarnoj razini da pišu prijedloge povjerenstvu koji uglavnom i neće odobriti taj lijek. Sramota za zdravstveni sustav i državu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

387	<p>Vinko Pešić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Na prvo čitanje ovih izmjena i želje za kažnjavanjem pomislio sam da predlagatelj odlično barata i korejskim jezikom. Smatram da su iznosi kazne premali i da glavne državne neprijatelje, liječnike obiteljske medicine, treba jače kažnjavati. Možda će onda i ostali napisati kakvu bojažljivu primjedbu na suludost ovakvih iznosa.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
388	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st. 4 o kažnjavanju liječnika. Koncept konstantnog kažnjavanja obiteljskih liječnika u iznosima koji su veći od njihovih primanja je nedopustiv, destimulativan. U zdravstvenom sustavu reformu treba posložiti tako da svatko dobije mjesto koje zaslužuje odnosno da radi ono što po definiciji i je njegov posao. S aspekta HZZO-a njegova uloga je upravljanje financijama te bi štednje trebale ići kroz partnerski odnos uvažavajući mišljenje struke.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
389	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. čl152 stavak 4 brisati - jer za vođenje privremene nesposobnosti za rad treba izuzeti odabranog liječnika i za to ovastiti vještaka Zavoda. Odabrani liječnik je dužan voditi točnu medicinsku dokumentaciju. Procjena da li je nesposobnost za rad koju izjavljuje osiguranik u skladu za medicinskim stanjem i statusom treba biti u nadležnosti posebno educiranog vještaka Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
390	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. čl152 stavak 4 brisati - jer za vođenje privremene nesposobnosti za rad treba izuzeti odabranog liječnika i za to ovastiti vještaka Zavoda. Odabrani liječnik je dužan voditi točnu medicinsku dokumentaciju. Procjena da li je nesposobnost za rad koju izjavljuje osiguranik u skladu za medicinskim stanjem i statusom treba biti u nadležnosti posebno educiranog vještaka Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
391	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Novčane kazne u cijelosti su neprihvatljive. One su već definirane ugovornim odnosima liječnika i HZZOa, a trebale bi biti definirane i kroz košaricu usluga. Recite svojim osiguranicima, kao što to čine i sve druge osiguravajuće kuće, što točno pokriva njihovo zdravstveno osiguranje, što su im prava, a što obaveze, pa će iz toga proizlaziti i sankcije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

<p>392</p>	<p>tm NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st. 4 o kažnjavanju liječnika. Koncept konstantnog kažnjavanja obiteljskih liječnika u iznosima koji su veći od njihovih primanja je nedopustiv, destimulativan. U zdravstvenom sustavu reformu treba posložiti tako da svatko dobije mjesto koje zaslužuje odnosno da radi ono što po definiciji i je njegov posao. S aspekta HZZO-a njegova uloga je upravljanje financijama te bi štednje trebale ići kroz partnerski odnos uvažavajući mišljenje struke. UMJESTO REPRESIVNIH METODA trebale bi se formirati ekspertne skupine-ekvivalenti konzilija u vođenju bolovanja koje bi uz ljude medicinske struke uključivale i ljude pravne struke kako bi bilo kakav oblik zakinutosti svih učesnika i HZZO-a i pacijenta i obiteljskog liječnika bio sveden na minimum. Ministarstvo i HZZO bi trebali naći neki model ugovaranja s bolnicama prioritete obrade pacijenata na dugotrajnim bolovanjima na način da vođenje i praćenje takvih pacijenata pređe na ovlaštene kontrolore HZZO-a koji bi trebali imati lako dostupnu jedinstvenu bazu termina u svim ustanovama kako bi se izbjegle bilo kakve manipulacije koje se zbivaju jer kroz CEZIH nema vidljivih termina za MRI, pregled i liječenje fizijatra i slično. Kroz navedeno bi i pogreške bile svedene na minimum pa potrebe za kažnjavanjima nebi ni bilo.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
<p>393</p>	<p>Marija Gluhak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. HZZO kao ugovorni partner koji može kažnjavati liječnike, svoje partnere koji nemaju pravo glasa kod formiranja Ugovora, u slučaju prekoračenja stope bolovanja - tko će biti ekspert koji će utvrditi opravdanost ili neopravdanost bolovanja? Represivne mjere nikada nisu polučile pozitivne rezultate pa neće niti sada. Obzirom da je HZZO također osiguravatelj neka navedeni odnos uredi između sebe kao osiguravatelja i pacijenta kao osiguravatelja - kažnjavanje liječnika koji ima povjerljiv odnos s pacijentom svakako je neprihvatljivo.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

394 **Dejan Momčilović**
NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52.
Članak 152. st 4. kojim se predviđa kažnjavanje izabranih liječnika u slučaju krive procjene zdravstvenog stanja pri određivanju dužine trajanja privremene nesposobnosti za rad osiguranika je sramota za uređeno, demokratsko društvo kakvim se volimo smatrati! Ne samo da je navedena odredba suvišna, jer je postojećim zakonom i ugovorom definirana obveza liječnika da naknadi nastalu štetu HZZO, već je pokazatelj cjelokupnog odnosa zdravstvene administracije prema PZZ, naročito obiteljskoj medicini koja je već duže vrijeme žrtveno janje za sve nakupljene probleme u zdravstvu. Procjena zdravstvenog stanja osiguranika je u velikoj mjeri subjektivna i bazirana na podacima koje iznese sam pacijent, bez mogućnosti dodatne provjere (kako utvrditi koliko pacijenta zaista nešto boli, koliko je slab i nemoćan, koliko ga psihičke tegobe, tjeskoba, dekoncentracija onemogućuju u obavljanju posla...). Da bi se nekog kaznilo zbog nepoštivanja određenih kriterija, najprije bi valjda te kriterije trebalo donijeti! Ovako se liječnike može kažnjavati samo zato jer imaju drugačije stručno mišljenje od kolege kontrolora, koji bi jednim posjetom trebao donijeti bolju procjenu o radnoj sposobnosti nego izabrani liječnik kroz desetke pregleda. Planira li se kažnjavati i kontrolore HZZO ako donesu krivu procjenu? Hoće li se kontrolirati i bolničke kolege ako na nalazu preporuče poštedu od posla? Kontrolu dugih bolovanja trebaju preuzeti povjerenstva HZZO kao što je i nekad ranije bilo, što bi riješilo dio problema. Kažnjavanjem liječnika zdravstvena administracija šalje i poruku kako ne vjeruje svojim najbližim partnerima koji po navedenom namjerno krše zakon, a osiguranike dovodi u opasnost da liječnik preranim zaključivanjem bolovanja iz straha od moguće kazne doprinese pogoršanju zdravstvenog stanja osiguranika, što je opet podložno privatnoj tužbi protiv liječnika. Obzirom da je maliciozna i štetna iz više aspekata, nužno je da se odredba čl 152. st 4. izbriše!

Primljeno na znanje
Primljeno na znanje.

395	<p>lidija primorac NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Predlažem brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obavezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obavezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obaveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
396	<p>MARTINA ČUKMAN DUGANDŽIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Članak 152. stavak (4) je neprihvatljiv. U trenutku potpune devastacije primarne zdravstvene zaštite, te nedostatka liječnika obiteljske medicine, što je osobito izraženo u ruralnim sredinama nezamislivo je da se novim zakonom predviđa propisivanje drakonskih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad. Prema kojim kriterijima bi se određivalo kakvo je to "nepravilno vođenje" privremene nesposobnosti za rad? Svi izabrani liječnici trude se odgovorno raditi svoj posao i nitko ne drži svoje pacijente na bolovanju bez opravdanog razloga. Smatram da o procjeni opravdanosti dužih bolovanja treba odlučivati Liječniko povjerenstvo nadležnog HZZO-a. Ovaj prijedlog je potpuno destimulirajući za sve mlade liječnike koji su imali namjeru raditi unutar primarne zdravstvene zaštite.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
397	<p>VLATKA PLEH NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOJ ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Novčne kazne za liječnike su neprihvatljive. Njima se sugerira da liječnici nešto lažiraju i krše zakon, a stvarnost je sasvim drugačija. Kad bi u Hrvatskoj posatojao dobar sustav prekvalifikacija (koji gotovo da i ne postoji), vjerojatno bi i dužina trajanja bolovanja bila kraća. Smatram da bi procjenu trajanja dugih bolovanja trebalo obavljati povjerenstvo koje bi se sastojalo od predstavnika osiguravatelja (npr kontrolor HZZO-a), liječnika medicine rada te predstavnika Zavoda za zapošljavanje.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

398	<p>Leonardo Bressan NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Predlažem brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
399	<p>Jadranka Karuza NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Novčane kazne u cijelosti su neprihvatljive. One su već definirane ugovornim odnosima liječnika i HZZOa, a trebale bi biti definirane i kroz košaricu usluga. Recite svojim osiguranicima, kao što to čine i sve druge osiguravajuće kuće, što točno pokriva njihovo zdravstveno osiguranje, što su im prava, a što obaveze, pa će iz toga proizlaziti i sankcije.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
400	<p>Ivana Orlić Neretljak NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Smatram čl 153 neprihvatljivim u dijelu koji se odnosi na kažnjavanje pacijenta koji je na bolovanju, a kontrolor bolovanja, u jednokratnom posjetu, odluči da se ne pridržava uputa o liječenju (temeljem čega?). Brojne dijagnoze onesposobljavaju pacijenta za rad na svome radnom mjestu, što ne znači da pacijent mora biti u kući cijelo vrijeme liječenja. Također smatram neprihvatljivim novčano kažnjavanje liječnika za vođenje bolovanja. Neka se bolovanja duža od 3mj. vrate HZZO kontrolorima i neka ih oni kontroliraju kako god žele. Financijska kazna za liječnike bez postupnika daje na pravo subjektivnu procjenu kontrolora o kazni što je neprihvatljivo. Vođenje pedijatrijskog bolovanja od strane LOM-a? tko će biti kriv. POd hitno omogućiti pedijatrima da vode bolovanja za njegu djeteta, jer posao LOMa tu je čisto administriranje, još jedno u nizu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

401	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Kažnjavanje liječnika! I do sada je HZZO provodio iste represivne mjere premda su se nesporazumi mogli izbjeći jasnom definicijom košarice usluga koja će se iskomunicirati sa osiguranikom a ne da se za nedorečeni sustav kažnjava "Pedro", kakva je to uopće kvalifikacija djela da potpada pod "kažnjavanje", bolje prođeš kao kriminalac, naposljetku preračunajte predložene kazne u prosiječne liječničke plaće pa će biti vidljivo da je bolje u tom periodu otslužiti zatvorsku kaznu nego raditi bez prihoda, apsurdistan :(Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st.4 o kažnjavanju liječnika. Uz manjak liječnika u obiteljskoj medicini, i uz ovakve destimulirajuće odredbe, potpuno će se uništiti obiteljska medicina i pobjeći će i ovo malo entuzijasta koji još rade i vole obiteljsku medicinu . Tko će uopće poželiti doći i raditi u ovu granu medicine gdje ti svaki dan prijete neka kazna? U kojoj struci to još ima?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
402	<p>ANJA VALENTIN JURLINA NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st. 4 o kažnjavanju liječnika. To je nedopustivo! Represivne metode su apsolutno demotivirajuće i za sadašnje liječnike obiteljske medicine, kao i buduće, te nas odvraća od ostanka u obiteljskoj medicini.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
403	<p>IVANA SLIŠKOVIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Nedopustivo je kažnjavanje liječnika! Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st.4 o kažnjavanju liječnika. Uz manjak liječnika u obiteljskoj medicini, i uz ovakve destimulirajuće odredbe, potpuno će se uništiti obiteljska medicina i pobjeći će i ovo malo entuzijasta koji još rade i vole obiteljsku medicinu . Tko će uopće poželiti doći i raditi u ovu granu medicine gdje ti svaki dan prijete neka kazna? U kojoj struci to još ima?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
404	<p>Marija Mihaljević Nadramija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st.4 o kažnjavanju liječnika. Demotivirajuće je za sadašnje liječnike obiteljske medicine, kao i buduće te ih odvraća od ostanka u obiteljskoj medicini.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

405	<p>Monika Jeđud NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st.4 o kažnjavanju liječnika. Uz manjak liječnika u obiteljskoj medicini, i uz ovakve destimulirajuće odredbe, potpuno će se uništiti obiteljska medicina i pobjeći će i ovo malo entuzijasta koji još rade i vole obiteljsku medicinu . Tko će uopće poželiti doći i raditi u ovu granu medicine gdje ti svaki dan prijete neka kazna? U kojoj struci to još ima?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
406	<p>HUUGO Hrvatska udruga ugovornih ordinacija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. HUUGO sve prijepore oko trajanja bolovanja u nadležnosti su Zavoda, liječnici su tu da bolesnoj osobi pomognu a ne da glume policajce, tako je u svim uređenim zemljama EU čiji smo dio, zašto je to nemoguće na ovaj način riješiti i kods nas?</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
407	<p>Zoran Adžić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Kako je zamišljeno da provedene represivne mjere budu stimulatvne za jačanje temeljne kliničke grane kao što je oćća i obiteljska medicina kada se zna da trenutno oko 2000 liječnika obavlja više od 45mil obrada godišnje.Mislim da su navedene predložene promjene plod dubokog nepoznavanja rada u jednoj temeljnoj grani a pri tome jasno daju do znanja da je predlagač iskazuje potpuno nepoznavanje iste.Predlažem : poslušati strukovne udruge,pacijente te u slučaju nemogućnosti iznalaženja boljeg rješenja prepisati odredbe koje definiraju prava i obaveze djelatnika u općoj/obiteljskoj medicini iz zapadnih zemalja koje su nam ugle,gdje naposljetku radi pozamašan broj liječnika iz Hrvatske što je samo za sebe jasna poruka.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
408	<p>JELENA LEMAĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Propisano kažnjavanje izabranih liječnika nije utemeljeno jer ako bolesnik za vrijeme PRN redovito dolazi na predviđene kontrole i obavlja pretrage na koje ga upućujemo ovisno o potrebi i uzroku PRN - naše je da pratimo njegovo zdravstveno stanje. Nije uloga obiteljskog liječnika da provjerava što bolesnik radi kad nije u ambulanti. To bi trebala biti uloga kontrolora HZZO. Također je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo definitivno neće postići, kako uporno naglašava, jačanje PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

409	<p>BORIS MEDIĆ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Potrebno je izbrisati odredbe članka 152. st.4 o kažnjavanju liječnika. Ionako je manjak liječnika u obiteljskoj medicini, a ovakvim destimulirajućim odredbama, zakonodavac sam sebi skače u usta sa izjavama o jačanju PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
410	<p>MONIKA HIRTZ NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Komentar na članak 153. "...- 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.)..." Ugovorom o djelu možete obavljati primjerice djelatnost e-savjetovanja, a privremeno ste nesposobni ići na osnovni posao jer ste slomili nogu. To je sada kažnjivo? Mislim da je potrebno detaljnije urediti ovaj članak ili ga izbaciti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
411	<p>Tatjana Polgar Pavošević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Komentar na članak 152 o kažnjavanju liječnika je skandalozan!!! U trenutku kada postoje ogromni manjci liječnika obiteljske medicine te sve manja zainteresiranost mladih za istom uvode se u Zakon represivne kazne koje će dovesti u pitanje profesionalnu i osobnu egzistenciju kadra i dodatno narušiti odnos liječnik-pacijent.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
412	<p>Koordinacija hrvatske obiteljske medicine NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Predlažemo brisanje odredbe članka 152. st. 4. Naime, propisivanje novčanih kazni izabranim doktorima za svaki oblik nepravilnog vođenja privremene nesposobnosti za rad je prije svega potpuno suvišno budući je upravo tim zakonom predviđeno da je HZZO obvezan od liječnika PZZ potraživati naknadu štete nastalu uslijed pogrešnog vođenja PNR. Osim toga, svi ugovorni izabrani liječnici i ustanove obvezni su postupati u skladu sa ugovorima o provođenju PZZ u kojima je također definirana obveza liječnika da nadoknadi HZZO-u svaki oblik štete. Dakle, osim što je propisano kažnjavanje izabranih liječnika suvišno, isto je i potpuno destimulirajuće za sve liječnike koji možda i imaju namjeru raditi u obiteljskoj medicini stoga ovakvim odredbama resorno ministarstvo zasigurno neće postići jedan od ciljeva ove reforme kako uporno naglašava - jačanje PZZ.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

413	<p>Dunja Ljubičić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Čitajući ove članke o kažnjavanju liječnika obiteljske medicine diže mi se kosa na glavi i potakne tahikardija! Zar mislite da će naš odnos s pacijentima biti bolji uvođenjem ovakvih kazni? A tek mladi liječnici kada saznaju da se obiteljski liječnici kažnjavaju tek neće htjeti raditi u PZZ. Shvatite da uništavate PZZ koja visi o koncu!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
414	<p>Vanja Hmelik NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Osvrt na članak 152. stavak 1.: "ako u okviru ugovorenih sredstava ne osiguraju osiguranim osobama zdravstvenu zaštitu koju su sa Zavodom ugovorili" je jako uopćeno napisano i nedovoljno definirano te kao takvo sklono različitim interpretacijama. Ovako napisano može se tumačiti i da pacijent ima pravo zahtijevati stvari koje nisu medicinski indicirane. Puno bolja, ali ne i idealna formulacija bila bi "ako u okviru ugovorenih sredstava namjerno uskrate osiguranim osobama medicinski indiciranu zdravstvenu zaštitu koju su sa Zavodom ugovorili". Najbolje rješenje bilo bi sve represivne odredbe prema liječnicima maknuti iz zakonskih prijedloga! Osvrt na članak 152. stavak 4. alineja 1.: Ovu odredbu treba brisati! Postoje zdravstvena stanja koja su granična i koja će dvije osobe (primjerice izabrani liječnik i kontrolor Zavoda) različito procijeniti. Također, postoje zdravstvena stanja koja standardnim dijagnostičkim alatima nije moguće potvrditi/isključiti, a posebice se to odnosi na sam pregled i dijagnostiku dostupnu u ordinaciji izabranih liječnika. Ne treba niti napominjati da se na dijagnostičke pretrage i pregled bolničkog specijalista dugo čeka. A od fakulteta nas uče da vjerujemo pacijentu kada nam nešto tvrdi (osim ako se ne utvrdi drugačije). Slijedom svega navedenoga zbilja je neosnovano i kontraproduktivno propisivati ovakve kaznene odredbe za izabrane liječnike, pogotovo što se one mogu široko i proizvoljno tumačiti. Isto tako, takve odredbe mogu dovesti do neopravdanog i preuranjenog zatvaranja privremene nesposobnosti za rad u strahu od kontrola i ogromnih kazni. Ni u jednom slučaju ovakve represivne metode neće donijeti ništa dobrog, ali će svakako dovesti do smanjenja interesa mladih liječnika za rad u kadrovski već devastiranoj obiteljskoj medicini te bijeg iz obiteljske medicine onih koji u njoj već rade. Zbog svega navedenog predmetnu odredbu treba brisati iz konačnog prijedloga.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
415	<p>Darja Nelken-Bestvina NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Liste čekanja u SKZ onemogućavaju pravovremeno upućivanje pacijenata na pretrage i liječenje bez obzira što su na bolovanju. Kontrolori HZZO bi trebali ponovno preuzeti odgovornost za dužine bolovanja.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

416	<p>Željko Dumančić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Smatram da je potrebno da ovlašteni liječnici kontrolori HZZO-a trebaju kontrolirati pacijente koji su na bolovanju. Nije u nadležnosti izabranog liječnika da kontrolira što će pacijent raditi nakon utvrđene PNR temeljem pregleda u ordinaciji. Ovlašteni kontrolori HZZO-a bi trebali pozivati osiguranike koji su na bolovanju te im sami po potrebi produžiti ili zaključiti bolovanje. Novčanim kaznama usmjerenim prema liječnicima će se samo povećati sukobi između osiguranika i izabranih liječnika.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
417	<p>Bojana Nikolić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. čl152 stavak 4 brisati - jer za vođenje privremene nesposobnosti za rad treba izuzeti odabranog liječnika i za to ovastiti vještaka Zavoda. Odabrani liječnik je dužan voditi točnu medicinsku dokumentaciju. Procjena da li je nesposobnost za rad koju izjavljuje osiguranik u skladu za medicinskim stanjem i statusom treba biti u nadležnosti posebno educiranog vještaka Zavoda.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
418	<p>Martina Božičević NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Umjesto represivnih mjera usmjerenih prema izabranom liječniku (koji je ionako preopterećen administracijom i pisanjem raznih potvrda, brojanjem kilometara do najbliže ustanove radi izdavanja putnih naloga i sl. umjesto da se bavi medicinskim pitanjima) uključite ovlaštene liječnike kontrolore HZZO neka redovno pozivaju pacijente na osobne kontrole u regionalne urede Zavoda pa neće biti "izmišljenih" bolovanja. Liječnik ne može kontrolirati hoće li pacijent otići na more ili u goste ili na njivu pod bolovanjem, niti je to u skladu s našom djelatnosti.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

419	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Članak 152 - kažnjavanje izabranih liječnika - zašto zakonodavac nije predvidio situaciju kada je tijekom liječenja indicirano (prema statusu ili prema nalazu konzilijarnog SKZ liječnik) učiniti obradu ili terapijski postupak na koji se čeka i čeka i čeka. Zar ne bi bilo suvislo otvoriti vrata suradnje, da liječnik koji se našao u administrativnoj slijepoj ulici uputi pacijenta Zavodu i da Zavod razriješi situaciju bilo hitnom/prioritetnom obradom/liječenjem bilo zaključenjem bolovanja osnovom aktualnog statusa. Mi se često nalazimo u situaciji da je pacijent u tijeku obrade potencijalno u dogovoru s nekim SKSZ liječnikom koji indicira daljnju obradu bez jasne indikacije. Tada se nađemo u sukobu s pacijentom i tu je mjesto Zavoda da to razriješi jer u pitanju su novci (naknada plaće, troškovi dijagnostike i/ili liječenja) koje Zavod plaća. Zašto nas, liječnike, kažnjavati za propuste sustava o kojem se treba brinuti organizator (MZ i HZZO)? Drugi komentar - u kontekstu "namjenskog trošenja sredstava". Što je sa odgovornošću uprave Domova zdravlja u slučaju nebrige o održavanju prostora ili lošeg (zlonamjernog ?) sklapanja ugovora s ponuđačima komunalnih usluga ili energije čime se stvara direktna šteta i povećavaju troškovi/izdaci Doma zdravlja. Nije li to NENAMJENSKO trošenje sredstava. Imamo hrpu takvih primjera koji nisu završili nikakvom sankcijom za odgovorne.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
420	<p>Tina Grgić NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 52. Umjesto da regulirate cijene postupaka i pravo na iste, vi želite donositi represivne mjere protiv pacijenata i liječnika. Što kad bolovanje predlaže pedijatar, a LOM ga vodi, tko će biti kriv i platiti kaznu? Gdje je detaljni postupnik po kojem će onda svemoćni kontrolori Hzzo-a kažnjavati LOM-ove, hoće li to biti možda kao i dosad po osobnom nahodanju? Tko će cinkati pacijente da se nisu javili na kontrolu i bolničke liječnike da su predložili neki lijek mimo klauzule? Možda očekujete da to bude vaš dežurni Pedro i očekivani agent Hzzo-a, izabrani liječnik? Sad dok brojim trakice i kilometre malo ću i slati vama nalaze iz bolnice, jel? Između oduzimanja oružja i vozačkih? Tko će biti kriv za nasilje u našim ambulancama, za sukobe s pacijentima? Možda da nam platite svima tečaj samoobrane? Bezidejno, sramotno i tužno</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
421	<p>Alen Stojanović NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 54. Da li je razumno pretpostaviti da su svi ministri dio iste Vlade i da surađuju? Zašto je potrebno pola godine za donošenje pravilnika koji bi trebali biti dio ovog zakona, prilog. Vjerujem da se ovaj Zakon donio sa nekom jasnom vizijom i da sigurno postoje nacrti tih pravilnika. Što u međuvremenu - dok se ti pravilnici ne donesu? Nije definirano.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

422	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 55. Članak 55. stavak 2. propisuje da će Zavod opće akte iz članka 7., 16., 21. i 50. donijeti u roku od 180 dana od dana stupanja na snagu Zakona, između ostaloga to se odnosi i na (21.) donošenje općeg akta Zavoda o načinu provođenja nadzora i kontrole privremene nesposobnosti osiguranika. Članak 56. stavak 1. navodi popis pravilnika koji ostaju na snazi do stupanja pravilnika i općih akata iz članka 54. i 55., a stavkom 3. se navodi da do stupanja na snagu općih akata Zavoda iz članka 7. i članka 21. (o načinu provođenja nadzora i kontrole privremene nesposobnosti osiguranika) prestaje važiti, između ostaloga, Pravilnik o kontroli privremene nesposobnosti za rad (NN br. 130/13). Međutim, nejasno je na koji način će se provoditi kontrola privremene nesposobnosti osiguranika, budući da u članku 56. stavku 1. koji navodi popis pravilnika koji ostaju na snazi do stupanja novih pravilnika i općih akata, uopće nije naveden spomenuti Pravilnik o kontroli. Tim više nije jasno na koji način će se kontrola provoditi budući da je uvedena novina iz članka 21. stavka 6. da kontrolu obavlja Zavod putem osoba ovlaštenih za provedbu kontrole ili drugog nadležnog tijela. Osim toga, nejasno je na koji će se način u razdoblju od 180 dana do donošenje novog pravilnika utvrđivati nesposobnost za samostalan život i rad, budući da među pravilnicima koji ostaju na snazi do stupanja novih nije naveden Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za održavanje za osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi (NN, br. 39/02)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
-----	--	---

423	<p>Ured pučke pravobraniteljice NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 56. Članak 55. stavak 2. propisuje da će Zavod opće akte iz članka 7., 16., 21. i 50. donijeti u roku od 180 dana od dana stupanja na snagu Zakona, između ostaloga to se odnosi i na (21.) donošenje općeg akta Zavoda o načinu provođenja nadzora i kontrole privremene nesposobnosti osiguranika. Članak 56. stavak 1. navodi popis pravilnika koji ostaju na snazi do stupanja pravilnika i općih akata iz članka 54. i 55., a stavkom 3. se navodi da do stupanja na snagu općih akata Zavoda iz članka 7. i članka 21. (o načinu provođenja nadzora i kontrole privremene nesposobnosti osiguranika) prestaje važiti, između ostaloga, Pravilnik o kontroli privremene nesposobnosti za rad (NN br. 130/13). Međutim, nejasno je na koji način će se provoditi kontrola privremene nesposobnosti osiguranika, budući da u članku 56. stavku 1. koji navodi popis pravilnika koji ostaju na snazi do stupanja novih pravilnika i općih akata, uopće nije naveden spomenuti Pravilnik o kontroli. Tim više nije jasno na koji način će se kontrola provoditi budući da je uvedena novina iz članka 21. stavka 6. da kontrolu obavlja Zavod putem osoba ovlaštenih za provedbu kontrole ili drugog nadležnog tijela. Osim toga, nejasno je na koji će se način u razdoblju od 180 dana do donošenje novog pravilnika utvrđivati nesposobnost za samostalan život i rad, budući da među pravilnicima koji ostaju na snazi do stupanja novih nije naveden Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za održavanje za osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi (NN, br. 39/02)</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
424	<p>Osječko-baranjska županija NACRT PRIJEDLOGA ZAKONA O IZMJENAMA I DOPUNAMA ZAKONA O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU, Članak 56. S obzirom da članak 54. stavak 1. obvezuje ministra na donošenje pravilnika iz članka 6. ovog nacrt prijedloga Zakona potrebno je u ovom članku navesti da ostaje na snazi i Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za održavanje osobe s prebivalištem u RH kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi („Narodne novine“ broj 39/02).</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
425	<p>Zoran Adžić OBRAZLOŽENJE, Uz članak 17. Smatram diskriminirajućim da svi ugovorni partneri imaju pravo zadržati kao prihod naplaćene iznose na ime participacije, dok su jedino izabrani doktori primarne zdravstvene zaštite taj iznos dužni naplatiti i proslijediti Zavodu te zapravo ispadaju nekakvi naplatničari zavoda</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

426	<p>JELENA BULJAT MIOKOVIĆ OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. Treba vratiti vještačenja bolovanja pred liječničkim povjerenstvom zavoda. Pogotovo za bolovanja za koja izabrani liječnik smatra da su mu problematična! Ubrzati invalidske komisije!!!</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
427	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. Kontrolu bolovanja i moguće zloupotrebe trebao bi provoditi HZZO, te bi istome trebalo omogućiti kontrolu bolovanja i u domu osiguranika obzirom da je to međudnos osiguranik - HZZO, te istu ulogu (ulogu kontrolora) ne može provoditi liječnik koji nije niti ovlašten da istoga nadzire u vlastitom domu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
428	<p>VALENTINA KOVAČ ŠESTAN OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. Kratka bolovanja potrebno je riješiti uvođenjem određenog broja dana godišnje (npr. 7) kada bi se u slučaju bolesti osiguranik javio poslodavcu i time ostvario pravo na naknadu plaće, bez potrebe kontaktiranja izabranog liječnika. Duga bolovanja je potrebno vratiti liječničkim povjerenstvima HZZO, te po potrebi uključiti i spec. medicine rada, jer nisu rijetki osiguranici kojima se stanje godinama ne mijenja, pod kontrolom su nadležnih specijalista, po procjeni izabranog liječnika nisu za povratak na svoj posao, a na invalidskoj komisiji redovito dobiju rješenje po kojem nije nastupila invalidnost.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
429	<p>Dejan Momčilović OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. Kratka bolovanja potrebno je riješiti uvođenjem određenog broja dana godišnje (npr. 7) kada bi se u slučaju bolesti osiguranik javio poslodavcu i time ostvario pravo na naknadu plaće, bez potrebe kontaktiranja izabranog liječnika. Duga bolovanja je potrebno vratiti liječničkim povjerenstvima HZZO, te po potrebi uključiti i spec. medicine rada, jer nisu rijetki osiguranici kojima se stanje godinama ne mijenja, pod kontrolom su nadležnih specijalista, po procjeni izabranog liječnika nisu za povratak na svoj posao, a na invalidskoj komisiji redovito dobiju rješenje po kojem nije nastupila invalidnost.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
430	<p>lidija primorac OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. reba vratiti vještačenja bolovanja pred liječničkim povjerenstvom zavoda. Pogotovo za bolovanja za koja izabrani liječnik smatra da su mu problematična. Pogledajte na koji način su to riješile druge zemlje- npr. Slovenija ili skandinavske zemlje. Ne treba vam vaša pamet kad su već drugi sve otkrili i isprobali i vidjeli što valja, a što ne. Dugotrajna bolovanja trebaju pred komisiju. Dodatno, ubrzati rad Invalidske komisije, a i kompetencije i etičnost dotičnih koji već nekoliko godina NE PRÉGLEDAVAJU ljude JER JE PANDEMIJA?????</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

431	<p>Jadranka Karuza OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. Trebalo bi vratiti vještačenja bolovanja pred liječničkim povjerenstvom zavoda. Pogotovo za bolovanja za koja izabrani liječnik smatra da su mu problematična. Pogledajte na koji način su to riješile druge zemlje - npr. Slovenija ili skandinavske zemlje. Ne treba vam vaša pamet kad su već drugi sve otkrili i isprobali i vidjeli što valja, a što ne. Dugotrajna bolovanja trebaju pred komisiju. Dodatno, ubrzati rad Invalidske komisije, a i kompetencije i etičnost dotičnih koji već nekoliko godina NE PREGLEDAVAJU ljude JER JE PANDEMIJA?????</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
432	<p>Zoran Adžić OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. Kontrolu bolovanja i moguće zloupotrebe trebao bi provoditi HZZO, te bi istome trebalo omogućiti kontrolu bolovanja i u domu osiguranika obzirom da je to međudnos osiguranik - HZZO, te istu ulogu (ulogu kontrolora) ne može provoditi liječnik koji nije niti ovlašten da istoga nadzire u vlastitom domu</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>
433	<p>Alen Stojanović OBRAZLOŽENJE, Uz članke 21. i 22. Potrebno je omogućiti upućivanje pacijenta sa "problematičnim bolovanjem" od strane izabranog liječnika na vještačenje ovlaštenim djelatnicima Zavoda s ciljem ubrzanja nužne obrade ili zaključenja bolovanja u slučaju konflikta s pacijentom ili zbog bilo koje situacije kada se liječnik nalazi u bezizlaznoj ili nejasnoj situaciji. Osim toga jasno treba dati rok, maksimalno trajanje bolovanja s obvezom ustanove za vještačenje da donese definitivnu odluku za svako bolovanje koje traje duže od tog roka BEZ OBZIRA KADA JE BOLOVANJE POČELO. Imamo bolovanja koja su počela još u prošlom tisućljeću i ne mogu se zaključiti jer su počela prema tadašnjim zakonima a vještaci donose uporno jedno te isto mišljenje "nije nastupila trajna promjena radne sposobnosti...". Doista je prema dosadašnjoj praksi moguće biti na bolovanju duže od trajanja dotadašnjeg aktivnog sudjelovanja u radu.</p>	<p>Primljeno na znanje Primljeno na znanje.</p>

**IZJAVA O USKLADENOSTI PRIJEDLOGA PROPISA S PRAVNOM STEČEVINOM
EUROPSKE UNIJE**

1. Naziv prijedloga propisa

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju

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 2022. godinu.

Rok: IV. kvartal 2022.

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 5. i 6. preuzeto: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (NN 80/13, 15/18 i 26/21) (NN 80/13 15/18 26/21)
- Članci 3. i 12. preuzeto: Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18)
- Članak 1. 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 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

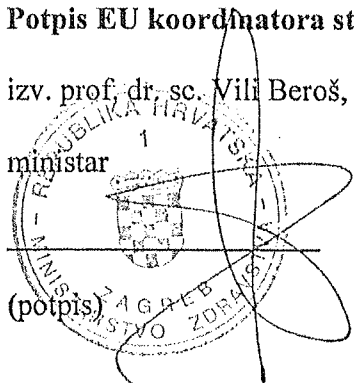
Da.

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

izv. prof. dr. sc. Vili Beroš, dr. med.

ministar

(potpis)



25.11.2022.

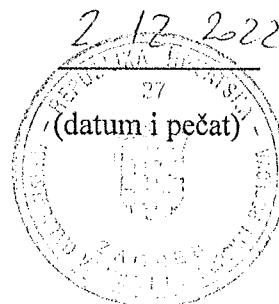
(datum i pečat)

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

Andreja Metelko-Zgombić

Državna tajnica za Europu

(potpis)



(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

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) 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 15.</p> <p>U članku 26. stavku 1. iza riječi: „drugim državama članicama” dodaju se zarez i riječi: „ugovornim”.</p> <p>Iza stavka 3. dodaje se novi stavak 4. koji glasi:</p> <p>„(4) Iznimno od stavka 3. ovoga članka, osiguranu osobu za koju je, u skladu s općim aktom Zavoda iz stavka 5. ovoga članka, pokrenut postupak za upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu, a radi se o liječenju koje se uspješno može provesti u Republici Hrvatskoj, ali kod pružatelja zdravstvene zaštite koji nemaju ugovor sa Zavodom za provođenje te vrste liječenja, umjesto na liječenje u inozemnu zdravstvenu</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>ustanovu Zavod će uputiti na liječenje neugovornom pružatelju zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj koji može provesti potrebno i odobreno liječenje.“.</p> <p>Dosadašnji stavak 4. postaje stavak 5.</p> <p>Dosadašnji stavak 4. koji postaje stavak 5. mijenja se i glasi:</p> <p>„(5) Mjerila i način korištenja zdravstvene zaštite iz stavaka 2., 3. i 4. ovoga članka utvrđuje općim aktom Zavod, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.“.</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 i 26/21) (NN 80/13 15/18 26/21) 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 16.</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 i 26/21) (NN 80/13 15/18 26/21) 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>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>Nije preuzeto</p>	<p>Preuzeto u: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13) članak/članci članak 32</p>
<p>pružateljima zdravstvene zaštite, uključujući i one u slučaju štete proizašle iz prekogranične zdravstvene zaštite.</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 16.</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 17.</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) 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 državama 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>