

PRAVILNIK

O PRAVIMA, UVJETIMA I NAČINU KORIŠTENJA PREKOGRANIČNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

(Interni pročišćeni tekst – „Narodne novine“, broj 160/13. (stupio na snagu 1. siječnja 2014.), 11/15., 16/15. – ispravak i 113/16.

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Ovim Pravilnikom, u skladu s propisima Europske unije o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (u daljnjem tekstu: propisi EU), Direktivom 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti (u daljnjem tekstu: Direktiva 2011/24/EU), međunarodnim ugovorima o socijalnom osiguranju (u daljnjem tekstu: međunarodni ugovori), Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon), posebnim zakonima i drugim općim aktima Zavoda uređuje se pravo osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) na korištenje zdravstvene zaštite u drugim državama članicama Europske unije i državama koje nisu članice Europske unije.

(2) Ovim se Pravilnikom propisuje osnovica, stopa te način obračuna i uplate posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u državama s kojima Republika Hrvatska nema sklopljen međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ili tim ugovorom nije uređeno pitanje korištenja zdravstvene zaštite, ako plaćanje posebnog doprinosa nije utvrđeno posebnim zakonom.

Članak 2.

(1) Izrazi koji se koriste u ovom Pravilniku, a imaju rodno značenje, bez obzira na to jesu li korišteni u muškom ili ženskom rodu, obuhvaćaju na jednak način muški i ženski rod.

(2) Pojedini pojmovi u smislu ovoga Pravilnika imaju sljedeće značenje:

1. države EU: države članice Europske unije,
2. ugovorne države: države s kojima Republika Hrvatska ima sklopljen međunarodni ugovor, kojim je uređeno pitanje korištenja zdravstvene zaštite,
3. treće države: države koje nisu države EU i ugovorne države (države s kojima Republika Hrvatska nije sklopila ili preuzela međunarodni ugovor, odnosno sklopljenim međunarodnim ugovorom nije uređeno pitanje korištenja zdravstvene zaštite),
4. inozemstvo: druge države EU, ugovorne države i treće države,
5. prekogranična zdravstvena zaštita: korištenje prava na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu.

Članak 3. (NN 11/15., 16/15.- ispravak)

Pravom na korištenje prekogranične zdravstvene zaštite iz članka 1. stavka 1. ovoga Pravilnika podrazumijeva se:

1. pravo na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme privremenog boravka u inozemstvu,
2. pravo na drugu zdravstvenu zaštitu u skladu sa propisima EU, Zakonom, međunarodnim ugovorima te općim aktima Zavoda,

3. korištenja telemedicine u slučaju kada pružatelj usluge ima poslovni nastan na području druge države članice EU

4. pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo.

(Odredbom članka 1. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite («Narodne novine», broj 11/15.) stupio na snagu 31. siječnja 2015.g., iza točke 2. dodana je točka 3. koja glasi: »3. korištenje telemedicine na području druge države članice EU, a dotadašnja točka 3. postala je točka 4.

Ispravkom Pravilnika o izmjenama i dopunama pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite («Narodne novine», broj 16/15.) izvršen je ispravak u članku 1. točki 3. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite («Narodne novine», broj 11/15.) na način da umjesto teksta: »3. korištenje telemedicine na području druge države članice EU,« treba stajati tekst: »3. korištenja telemedicine u slučaju kada pružatelj usluge ima poslovni nastan na području druge države članice EU,«.

Članak 4.

Osigurana osoba Zavoda (u daljnjem tekstu: osigurana osoba) koristi zdravstvenu zaštitu u inozemstvu pod sljedećim uvjetima:

1. u drugim državama EU – pod uvjetima i u opsegu utvrđenom propisima EU, Direktivom, Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda,

2. u ugovornim državama – pod uvjetima utvrđenim odredbama međunarodnih ugovora, Zakona, posebnog zakona, ovoga Pravilnika i drugih općih akata Zavoda, a na način i u opsegu utvrđenom odredbama tih ugovora,

3. u trećim državama – pod uvjetima, na način i u opsegu utvrđenim odredbama Zakona, posebnog zakona, ovog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda.

Članak 5.

(1) Troškovi zdravstvene zaštite korištene u drugim državama EU terete sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja samo ako je ta zdravstvena zaštita korištena u skladu s propisima iz članka 4. točke 1. ovoga Pravilnika.

(2) Troškovi zdravstvene zaštite korištene u ugovornim državama terete sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja samo ako je ta zdravstvena zaštita korištena u skladu s odredbama pojedinog međunarodnog ugovora, Zakona i ovoga Pravilnika.

(3) Troškovi zdravstvene zaštite korištene u trećim državama terete sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja samo ako je ta zdravstvena zaštita korištena u skladu s ovim Pravilnikom, odnosno pod uvjetom da je prethodno uplaćen poseban doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u trećim državama (u daljnjem tekstu: posebni doprinos).

(4) Troškovi zdravstvene zaštite terete sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja na osnovi rješenja Zavoda, samo ako je ta zdravstvena zaštita korištena u skladu sa odobrenjem iz rješenja:

- kojim se daje prethodno odobrenje za planiranu zdravstvenu zaštitu u drugoj državi EU,
- kojim se osiguranu osobu upućuje na liječenje u inozemstvo.

(5) Za osiguranika Zavoda (u daljnjem tekstu: osiguranik) upućenog na rad ili stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u treće države iz članka 6. stavka 1. točke 3. ovoga Pravilnika te za

osigurane osobe koje u trećim državama borave radi privatnog posla iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovoga Pravilnika, ovim Pravilnikom utvrđuje se osnovica i stopa te način obračuna i uplate posebnog doprinosa, ako to nije utvrđeno posebnim zakonom.

II. PRAVO OSIGURANE OSOBE NA KORIŠTENJE PREKOGRANIČNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Članak 6.

(1) Pravo na korištenje prekogranične zdravstvene zaštite ostvaruje osiguranik koji je upućen na rad ili stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u inozemstvo i to:

1. osoba u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj (članak 7. stavak 1. točka 1. Zakona),

2. osoba koja je izabrana ili imenovana na stalne dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave (članak 7. stavak 1. točka 2. Zakona),

3. član uprave trgovačkog društva i izvršni direktor trgovačkog društva (članak 7. stavak 1. točka 4. Zakona),

4. osoba koja na području Republike Hrvatske obavlja gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačene djelatnosti, osoba koja samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost te osoba koja obavlja djelatnost poljoprivrede i šumarstva (članak 7. stavak 1. točka 6. Zakona),

5. osoba koja je prekinula rad jer ju je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje ili poslijediplomski studij u inozemstvo (članak 7. stavak 1. točka 22. Zakona),

6. osoba upućena u inozemstvo u sklopu međunarodne tehničko-prosvjetne i kulturne suradnje (članak 7. stavak 1. točka 24. Zakona).

(2) Pravo na korištenje prekogranične zdravstvene zaštite, osim osiguranika iz stavka 1. ovog članka, ostvaruju i osigurane osobe:

1. koje u inozemstvu borave radi privatnog posla, uključujući i članove obitelji osiguranika iz stavka 1. ovog članka (supružnika i djecu) koji s njim borave u inozemstvu, te učenike, odnosno studente koji se u inozemstvu školuju prema vlastitom opredjeljenju,

2. kojima je Zavod pod uvjetima propisanim Zakonom i ovim Pravilnikom rješenjem odobrio korištenje zdravstvene zaštite u drugim državama EU, odnosno upućivanje na liječenje u inozemstvo.

III. UVJETI I NAČIN KORIŠTENJA PRAVA NA PREKOGRANIČNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

1. Korištenje zdravstvene zaštite u drugim državama EU

Članak 7. (NN 11/15.)

(1) Osigurana osoba koja putuje u drugu državu EU sa ciljem ostvarivanja zdravstvene zaštite tijekom tog boravka prema članku 20. stavku 1. Uredbe (EZ) br. 883/2004. Europskog parlamenta i vijeća od 29. travnja 2004. godine o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti (u daljnjem tekstu: Uredba) ili prema članku 28. Zakona u skladu sa Direktivom 2011/24/EU obvezna je podnijeti pisani zahtjev područnoj službi odnosno regionalnom uredu Zavoda prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta

osigurane osobe, u skladu s nadležnošću utvrđenom Statutom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

(2) Uz zahtjev osigurana osoba obvezna je priložiti dokumentaciju kojom se dokazuje:

– medicinska indikacija za traženo liječenje (povijest bolesti i druga medicinska dokumentacija iz koje je vidljivo da je utvrđena indikacija za traženu zdravstvenu zaštitu),

– termin o zakazanom liječenju u nekoj od ugovornih zdravstvenih ustanova, odnosno ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u Republici Hrvatskoj,

– raspoloživi termin, odnosno mogući datum primitka u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno kod ugovornog pružatelja zdravstvene zaštite na području druge države EU u skladu sa Uredbom,

– raspoloživi termin odnosno mogući datum primitka u ugovornu zdravstvenu ustanovu, kod ugovornog pružatelja zdravstvene zaštite ili kod privatnog pružatelja zdravstvene zaštite na području druge države EU u skladu sa člankom 27. Zakona.

(3) O uredno podnesenom zahtjevu kojem je priložena propisana dokumentacija iz stavka 2. ovoga članka odlučuje rješenjem nadležna područna služba odnosno regionalni ured Zavoda na temelju nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva nadležnog regionalnog ureda u skladu sa stavkom 1. ovoga članka, kojim se ocjenjuje da li je takvo liječenje utvrđeno kao pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj i da li se takva zdravstvena zaštita može ostvariti u ugovornim zdravstvenim ustanovama, odnosno kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u Republici Hrvatskoj unutar medicinski opravdanog vremenskog roka, uzimajući u obzir trenutačno zdravstveno stanje osigurane osobe i vjerojatan razvoj njezine bolesti.

(4) Zahtjev iz stavka 1. ovoga članka ne smije se odbiti ako liječničko povjerenstvo u nalazu, mišljenju i ocjeni utvrdi da se zdravstvena zaštita nije mogla ostvariti u ugovornim zdravstvenim ustanovama, odnosno kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u Republici Hrvatskoj u roku koji je medicinski opravdan, a na temelju objektivne medicinske procjene zdravstvenoga stanja osigurane osobe, povijesti i vjerojatnoga tijeka bolesti, stupnja boli i/ili prirode invaliditeta u trenutku podnošenja zahtjeva.

(5) Ako liječničko povjerenstvo iz stavka 3. ovoga članka ocijeni da se takva zdravstvena zaštita može ostvariti u ugovornim zdravstvenim ustanovama, odnosno kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u Republici Hrvatskoj unutar medicinski opravdanog vremenskog roka, odbiti će zahtjev uz naznaku ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u Republici Hrvatskoj gdje se to može ostvariti unutar medicinski opravdanog vremenskog roka.

(6) U slučaju da je mjesto sjedišta ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u Republici Hrvatskoj iz stavka 4. ovoga članka udaljeno 50 i više kilometara od mjesta prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe, osiguranoj osobi pripada pravo na naknadu troškova prijevoza javnim prijevoznim sredstvom prema najkraćoj udaljenosti i najjeftinijem prijevoznom sredstvu.

(7) Rješenjem iz stavka 3. ovoga članka koje se donosi osnovom članka 20. stavka 1. Uredbe ujedno se odlučuje i o pravu na troškove prijevoza i potrebu pratitelja.

(Odredbom članka 2. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite («Narodne novine», broj 11/15.) stupio na snagu 31. siječnja 2015.g., iza stavka 3. dodan je novi stavak 4., a dotadašnji stavci 4., 5. i 6. postali su stavci 5., 6. i 7.).

2. Osiguranik na radu ili stručnom usavršavanju, odnosno obrazovanju u ugovornim državama i trećim državama

Članak 8. (NN 113/16.)

(1) Osiguranik iz članka 6. stavka 1. ovoga Pravilnika koji se upućuje na rad, stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u ugovorne države ili treće države na rok duži od 30 dana ostvaruje pravo na prekograničnu zdravstvenu zaštitu pod uvjetom da je prije odlaska u inozemstvo od strane poslodavca, tijela državne vlasti, jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave, trgovačkog društva, osobe koja u Republici Hrvatskoj obavlja gospodarsku ili profesionalnu djelatnost, odnosno djelatnost poljoprivrede i šumarstva (u daljnjem tekstu: podnositelj prijave) podnesena područnoj službi, odnosno regionalnom uredu Zavoda prijava o upućivanju na rad, stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u inozemstvo.

(2) Podnositelj prijave iz stavka 1. ovoga članka obavezan je uz prijavu o upućivanju u ugovornu državu ili treću državu na rad, odnosno stručno usavršavanje ili obrazovanje koje se obavlja uz rad podnijeti:

- fotokopiju ugovora o radu,
- akt o upućivanju osiguranika u ugovornu državu ili treću državu na rad, stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje s naznakom vremenskog razdoblja na koje se upućuje,
- liječničku svjedodžbu o zdravstvenoj sposobnosti osiguranika, ne stariju od 90 dana, kojom je prije odlaska u ugovornu državu ili treću državu potvrđeno da je osiguranik sposoban za obavljanje poslova radi kojih se upućuje na rad, stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje.

(3) Pod liječničkom svjedodžbom iz stavka 2. podstavka 3. ovoga članka podrazumijeva se svjedodžba koju izdaje doktor specijalist medicine rada u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi koja u svom sastavu ima djelatnost medicine rada, odnosno ugovorni doktor specijalist medicine rada privatne prakse.

(4) Iznimno od stavka 3. ovoga članka, za djelatnike Ministarstva obrane Republike Hrvatske i pripadnike Oružanih snaga Republike Hrvatske liječničku svjedodžbu o zdravstvenoj sposobnosti izdaje Vojno zdravstveno središte Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske.

(5) Liječnička svjedodžba iz stavka 3. i 4. ovoga članka vrijedi najkasnije do datuma do kojeg je svjedodžbom utvrđena obveza ponovne provjere zdravstvene sposobnosti osiguranika.

(6) Iznimno, za osiguranika koji se upućuje u ugovornu državu ili treću državu na stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje, koje se ne obavlja uz rad, podnositelj prijave nije obavezan podnijeti liječničku svjedodžbu iz stavka 2. podstavka 3. ovoga članka.

(7) Podnositelj prijave obavezan je prijavu o upućivanju na rad, stručno usavršavanje ili obrazovanje podnijeti, u pravilu, 8 dana prije dana odlaska osiguranika u ugovornu državu ili treću državu, a najkasnije prije odlaska u ugovornu državu ili treću državu.

(Odredbom članka 1. Pravilnika o dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite («Narodne novine», broj 113/16.) stupio na snagu 8. prosinca

2016.g., . iza stavka 3. dodaje se novi stavak 4. koji glasi: »(4) Iznimno od stavka 3. ovoga članka, za djelatnike Ministarstva obrane Republike Hrvatske i pripadnike Oružanih snaga Republike Hrvatske liječničku svjedodžbu o zdravstvenoj sposobnosti izdaje Vojno zdravstveno središte Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske.«. U dosadašnjem stavku 4. koji postaje stavak 5. iza brojke: »3.« dodaju se riječi: »i 4.«, a dosadašnji stavci 5. i 6. postaju stavci 6. i 7.).

Članak 8.a (NN 113/16.)

(1) Ako podnositelj prijave iz članka 8. stavak 1. ovoga Pravilnika istovremeno uz prijavu o upućivanju na rad, odnosno stručno usavršavanje ili obrazovanje u treću državu podnosi i zahtjev za oslobođenje od plaćanja posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu u skladu s člankom 79. stavkom 1. Zakona, obavezan je uz dokumentaciju utvrđenu člankom 8. stavkom 2. podstavkom 1. i 2. ovoga Pravilnika priložiti i dokaz da je zdravstvenu zaštitu osiguraniku iz članka 6. stavka 1. ovoga Pravilnika u zemlji rada osigurao o svojem trošku.

(2) Zavod ne snosi troškove zdravstvene zaštite korištene u trećoj državi za osiguranike iz članka 6. stavka 1. ovoga Pravilnika upućene na rad, odnosno stručno usavršavanje ili obrazovanje u treću državu ako je rješenjem Zavoda iz članka 79. stavka 2. Zakona podnositelju prijave iz stavka 1. ovoga članka odobreno oslobađanje od plaćanja posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu.

(Odredbom članka 2. Pravilnika o dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (»Narodne novine«, broj 113/16.) stupio na snagu 8. prosinca 2016.g., . iza članka 8. dodan je novi članak 8.a).

Članak 9.

(1) Prijava boravka u ugovornoj državi ili trećoj državi osiguranika iz članka 8. stavka 1. ovoga Pravilnika podnosi se, te je prijavu obavezna zaprimiti i provesti svaka područna služba, odnosno svaki regionalni ured Zavoda.

(2) Prijava i odjava boravka u ugovornoj državi ili trećoj državi osiguranika provodi se putem tiskanice 4 – Prijava – odjava boravka u ugovornoj državi ili trećoj državi.

(3) Oblik i sadržaj tiskanice iz stavka 2. ovoga članka tiskan je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

(4) Tiskanica iz stavka 3. ovoga članka može se preuzeti s web stranica Zavoda na adresi: »www.hzzo.hr.« pod »Tiskanice«.

Članak 10. (NN 113/16.)

(1) Na osnovi uredno podnesene prijave iz članka 8. stavka 1. ovoga Pravilnika područna služba, odnosno regionalni ured Zavoda izdaje osiguraniku kojeg se upućuje na rad, stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u ugovornu državu, potvrdu čiji je oblik i sadržaj utvrđen tim ugovorom (u daljnjem tekstu: ugovorena potvrda).

(2) Osiguraniku koji je upućen na rad, stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u treću državu područna služba, odnosno regionalni ured Zavoda izdaje potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu (u daljnjem tekstu: potvrda), osim u slučaju kada je podnositelju prijave iz članka 8. stavka 1. ovoga Pravilnika u skladu s člankom 8.a ovoga Pravilnika odobreno oslobađanje od plaćanja posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu.

(3) Za osiguranike upućene na rad u ugovornu državu ili treću državu, odnosno na stručno usavršavanje ili obrazovanje koje se obavlja uz rad, potvrde iz stavka 1. i 2. ovoga članka izdaju se za razdoblje važenja liječničke svjedodžbe iz članka 8. ovoga Pravilnika.

(4) Potvrde iz stavka 1. i 2. ovoga članka izdaju se osiguraniku prije odlaska na rad, usavršavanje, odnosno obrazovanje u ugovornu državu ili treću državu.

(5) O izdanim potvrdama iz stavka 1. i 2. ovoga članka nadležna područna služba, odnosno regionalni ured Zavoda vodi posebnu evidenciju.

(6) Oblik i sadržaj tiskanice potvrde iz stavka 2. ovoga članka tiskan je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

(7) Tiskanica iz stavka 2. ovoga članka može se preuzeti s web- -stranica Zavoda na adresi: »www.hzzo.hr.« pod »Tiskanice«.

(Odredbom članka 3. Pravilnika o dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (»Narodne novine«, broj 113/16.) stupio na snagu 8. prosinca 2016.g., u članku 10. stavku 2. brisana je točka, upisan zarez i dodane riječi: »osim u slučaju kada je podnositelju prijave iz članka 8. stavka 1. ovoga Pravilnika u skladu s člankom 8.a ovoga Pravilnika odobreno oslobađanje od plaćanja posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu.«).

Članak 11.

Podnositelj prijave iz članka 8. ovoga Pravilnika obavezan je u roku od 8 dana od dana prestanka rada, stručnog usavršavanja, odnosno obrazovanja u ugovornoj državi ili trećoj državi podnijeti odjavu rada, stručnog usavršavanja, odnosno obrazovanja osiguranika u ugovornoj državi ili trećoj državi područnoj službi, odnosno regionalnom uredu Zavoda na tiskanici iz članka 9. ovoga Pravilnika.

Članak 12.

Ako za osiguranika iz članka 6. stavka 1. ovoga Pravilnika nije prethodno podnesena prijava iz članka 8. stavka 1. ovoga Pravilnika troškove zdravstvene zaštite korištene u inozemstvu snosi poslodavac, tijelo državne vlasti, jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, trgovačko društvo koje je osiguranika uputilo na rad, stručno usavršavanje ili obrazovanje u inozemstvo, odnosno osoba koja u Republici Hrvatskoj obavlja gospodarsku ili profesionalnu djelatnost, te djelatnost poljoprivrede i šumarstva.

3. Osiguranik upućen na službeni put u ugovorne države i treće države

Članak 13.

(1) Osiguranik iz članka 6. stavka 1. točke 1. do 4. ovoga Pravilnika koji je upućen na službeni put u ugovorne države i treće države, iznimno, nije obavezan radi korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu prethodno ishoditi potvrde iz članka 10. ovoga Pravilnika, već će Zavod u postupku rješavanja zahtjeva za naknadu troškova korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu utvrđivati osnovanost zahtjeva provjerom: medicinske dokumentacije, računa o izvršenom liječenju, dokumentacije o službenom putu te na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva regionalnog ureda Zavoda, kojim je utvrđeno da je pružena zdravstvena zaštita bila neophodna i da se nije mogla odgoditi do povratka u Republiku Hrvatsku.

(2) Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka koji je upućen na službeni put u treće države, obavezan je uz zahtjev za naknadu troškova korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu dostaviti i dokaz o uplati posebnog doprinosa za vrijeme službenog puta.

(3) U slučaju da osiguranik iz stavka 1. ovoga članka koristi zdravstvenu zaštitu u ugovornim državama, podnositelj prijave iz članka 8. stavka 1. ovoga Pravilnika obvezan je odmah područnu službu, odnosno regionalni ured Zavoda, nadležan prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osiguranika zatražiti izdavanje ugovorene potvrde. Osim podnositelja prijave ugovorenu potvrdu mogu zatražiti osiguranik, inozemni nositelj osiguranja ili inozemna zdravstvena ustanova u kojoj se osiguranik liječi.

(4) Na osnovi zahtjeva iz stavka 3. ovoga članka područna služba, odnosno regionalni ured Zavoda izdat će za osiguranika ugovorenu potvrdu.

(5) Ako za osiguranika iz stavka 3. ovoga članka nije zatražena ugovorena potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u ugovornoj državi, Zavod snosi troškove tako korištene zdravstvene zaštite u visini koliko bi iznosili da je ugovorena potvrda pribavljena, a sukladno odredbama međunarodnog ugovora.

(6) Ako je osiguranik iz stavka 1. ovoga članka zdravstvenu zaštitu koristio u trećoj državi Zavod snosi troškove tako korištene zdravstvene zaštite u visini stvarnih troškova, umanjениh za iznos Zakonom propisanog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.

(7) Pod službenim putem u ugovorne države i treće države u smislu ovoga Pravilnika podrazumijeva se boravak u ugovornoj državi i trećoj državi do 30 dana.

4. Osigurane osobe koje u ugovornim državama i trećim državama borave radi privatnog posla

Članak 14.

(1) Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u ugovornim državama na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba iz članka 6. stavka 2. točka 1. ovoga Pravilnika dokazuje potvrdom iz članka 10. stavka 1. ovoga Pravilnika.

(2) Područna služba, odnosno regionalni ured Zavoda izdaje osiguranoj osobi prije odlaska u ugovorne države ugovorenu potvrdu iz stavka 1. ovoga članka na osnovi tiskanice prijave boravka u ugovornim i trećim državama iz članka 9. ovoga Pravilnika u kojoj obvezno mora biti naznačen prvi i posljednji dan boravka u ugovornoj državi.

(3) Ugovorena potvrda se izdaje za razdoblje privremenog boravka osigurane osobe u ugovornim državama, a najduže na razdoblje od godinu dana. U slučaju da je osiguranoj osobi u trenutku podnošenja zahtjeva za izdavanje potvrde utvrđen status osigurane osobe na razdoblje kraće od godine dana, potvrda se izdaje samo za razdoblje za koje osoba ima utvrđen status osigurane osobe. Osigurana osoba ima pravo zatražiti izdavanje nove ugovorene potvrde u roku od 30 kalendarskih dana prije isteka važeće ugovorene potvrde.

(4) U slučaju da osigurana osoba iz stavka 1. ovoga članka koristi zdravstvenu zaštitu u ugovornim državama, a prije odlaska u inozemstvo nije zatražila izdavanje ugovorene potvrde, obvezna je odmah područnu službu odnosno regionalni ured Zavoda, nadležan prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe zatražiti izdavanje ugovorene potvrde. Osim osigurane osobe ugovorenu potvrdu mogu zatražiti inozemni nositelj osiguranja ili inozemna zdravstvena ustanova u kojoj se osigurana osoba liječi.

(5) Na osnovi zahtjeva iz stavka 4. ovoga članka područna služba odnosno regionalni ured Zavoda izdat će za osiguranu osobu ugovorenu potvrdu.

(6) Ako za osiguranu osobu iz stavka 4. ovoga članka nije zatražena ugovorena potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, Zavod snosi troškove tako korištene zdravstvene zaštite u visini koliko bi iznosili da je ugovorena potvrda pribavljena, a sukladno odredbama međunarodnog ugovora.

Članak 15.

(1) Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u trećim državama osigurana osoba iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovoga Pravilnika ostvaruje pod uvjetom da je u skladu s člankom 79. stavkom 3. Zakona prethodno Zavodu podnijela prijavu boravka u trećim državama i uplatila posebni doprinos.

(2) Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u trećim državama na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba iz stavka 1. ovoga članka dokazuje potvrdom iz članka 10. stavka 2. ovoga Pravilnika.

(3) Područna služba odnosno regionalni ured Zavoda izdaje osiguranoj osobi prije odlaska u treću državu potvrdu iz stavka 2. ovoga članka na osnovi tiskanice prijave boravka u trećim državama iz članka 9. ovoga Pravilnika u kojoj obvezno mora biti naznačen prvi i posljednji dan boravka u inozemstvu u skladu sa brojem dana za koje je prethodno uplaćen poseban doprinos utvrđen ovim Pravilnikom, dokaza da je posebni doprinos uplaćen za sve dane planiranog boravka u inozemstvu radi privatnog posla, odnosno u slučaju iz članka 22. ovoga Pravilnika za vrijeme rješenjem Direkcije Zavoda odobrenog vremenskog razdoblja za provođenje zdravstvene zaštite iz članka 23. stavka 1. točke 2. ovoga Pravilnika.

(4) Potvrda iz stavka 2. ovoga članka izdaje se i pokriva troškove korištenja zdravstvene zaštite u trećim državama za broj dana za koje je prethodno uplaćen posebni doprinos.

(5) Iznimno od stavka 3. ovoga članka, osiguranoj osobi koja namjerava u trećim državama boraviti dulje od 90 dana može se odobriti plaćanje posebnog doprinosa u obrocima, odnosno za kraće razdoblje od razdoblja planiranog boravka u inozemstvu.

(6) Ako osigurana osoba iz stavka 5. ovoga članka ne uplati posebni doprinos za cijelo razdoblje za koje je izdana potvrda iz stavka 2. ovoga članka, ostvaruje pravo samo na povrat plaćenih troškova zdravstvene zaštite korištene u razdoblju za koje je posebni doprinos uplaćen.

(7) Za osigurane osobe iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovog Pravilnika – članove obitelji osiguranika iz članka 6. stavka 1. ovoga Pravilnika (supružnika i djecu), koji s osiguranikom borave u trećoj državi, a za koje je poslodavac osiguranika preuzeo obvezu plaćanja posebnog doprinosa, posebni doprinos plaća se u skladu s odredbama ovoga Pravilnika.

(8) Iznimno, osiguranik koji namjerava boraviti u trećim državama radi privatnog posla za vrijeme dok mu je utvrđena privremena nesposobnost za rad obvezan je uz prijavu boravka u inozemstvu priložiti potvrdu izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite kojom izabrani doktor potvrđuje da je suglasan s namjerom osiguranika, da s obzirom na njegovo zdravstveno stanje otputuje iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta.

(9) Na potvrdi iz stavka 8. ovoga članka izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite je obvezan naznačiti dijagnozu bolesti prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti zbog koje je osiguraniku utvrđena privremena nesposobnost za rad, datum prvog dana privremene

nesposobnosti, te datum kada se osiguranik mora javiti na kontrolu izabranom doktoru primarne zdravstvene zaštite.

(10) Osiguraniku iz stavka 8. ovoga članka potvrda iz stavka 2. ovoga članka može se izdati najduže do dana koji prethodi danu kada se mora javiti na kontrolu izabranom doktoru primarne zdravstvene zaštite.

(11) Nadležna područna služba odnosno regionalni ured Zavoda vodi posebnu evidenciju o izdanim potvrdama iz stavka 2. ovog članka.

Članak 16.

Osigurana osoba koja ne uplati posebni doprinos te ne provede postupak u svezi s prijavom boravka u trećim državama iz članka 13. ovoga Pravilnika i s tim u svezi pribavljanja potvrde iz članka 9. stavka 2. ovoga Pravilnika nema pravo prema odredbi članka 79. stavka 4. Zakona ostvariti tu zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja.

5. Osnovica, stopa te način obračuna posebnog doprinosa

Članak 17.

Posebni doprinos za osiguranika iz članka 6. stavka 1. točke 3. ovoga Pravilnika upućenog na rad ili stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u treće države plaća se po stopi od 10% na osnovicu za obračun doprinosa za obvezna osiguranja sukladno posebnom zakonu, ako tim zakonom nije drukčije propisano.

Članak 18.

(1) Posebni doprinos za osiguranu osobu iz članka 6. stavka 2. ovoga Pravilnika koja u trećoj državi boravi radi privatnog posla plaća se po stopi od 0,45 % na proračunsku osnovicu važeću u vrijeme uplate posebnog doprinosa, po danu boravka u trećim državama.

(2) Posebni doprinos iz stavka 1. ovoga članka obračunava područna služba, odnosno regionalni ured Zavoda na osnovi prijave boravka i broja planiranih dana boravka u trećoj državi navedenih u prijavi te osiguranoj osobi izdaje nalog za uplatu.

(3) Osigurana osoba iz stavka 1. ovoga članka sama je obveznik plaćanja posebnog doprinosa, a obvezu plaćanja tog doprinosa za razdoblje u kojem boravi u trećim državama može preuzeti druga pravna ili fizička osoba koja je podnijela prijavu boravka osigurane osobe u trećoj državi.

(4) Posebni doprinos iz stavka 1. ovoga članka obračunava se i dospijeva na naplatu prije odlaska osigurane osobe u treće države i preduvjet je za izdavanje potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u trećim državama.

(5) Posebni doprinos iz stavka 1. ovoga članka plaća se na način kako je to uređeno Naredbom o načinu uplaćivanja prihoda proračuna, obveznih doprinosa te prihoda za financiranje drugih javnih potreba za kalendarsku godinu.

6. Opseg korištenja prekogranične zdravstvene zaštite

Članak 19.

(1) Osiguraniku iz članka 6. stavka 1. i članka 13. ovoga Pravilnika, kao i osiguranim osobama iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovoga Pravilnika – članovima obitelji osiguranika iz članka 6. stavka 1. ovoga Pravilnika koji s osiguranikom borave u ugovornim državama za vrijeme njegovoga rada, stručnog usavršavanja i obrazovanja, osigurava se pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog

osiguranja na korištenje zdravstvene zaštite u ugovornim državama u opsegu određenom pojedinim međunarodnim ugovorom.

(2) Osiguraniku iz članka 6. stavka 1. i članka 13. ovoga Pravilnika, kao i osiguranim osobama iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovoga Pravilnika – članovima obitelji osiguranika iz članka 6. stavka 1. ovoga Pravilnika, koji s osiguranikom borave u trećim državama za vrijeme njegovoga rada, stručnog usavršavanja i obrazovanja, osigurava se pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja korištenja zdravstvene zaštite u trećim državama koju se ne može odgoditi do povratka u Republiku Hrvatsku.

(3) Osiguranoj osobi iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovoga Pravilnika osigurava se pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja korištenja zdravstvene zaštite u ugovornim državama u opsegu određenom pojedinim međunarodnim ugovorom.

(4) Osiguranoj osobi iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovoga Pravilnika osigurava se pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja korištenje zdravstvene zaštite u trećim državama samo za slučaj hitne medicinske pomoći kako bi se otklonila neposredna opasnost po život i zdravlje osigurane osobe.

(5) Osiguranoj osobi iz članka 6. stavka 2. točke 2. ovoga Pravilnika, osnovom uplaćenog posebnog doprinosa iz članka 18. ovoga Pravilnika osigurava se pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja korištenja zdravstvene zaštite u trećim državama i za slučaj hitne medicinske pomoći kako bi se otklonila neposredna opasnost po život i zdravlje osigurane osobe, koje pokriva hitne medicinske pomoći se odnosi i na osigurane osobe kojima je rješenjem iz članka 26. ovoga Pravilnika odobreno pravo na liječenje u inozemstvu ako ta hitna medicinska pomoć nije vezana uz zdravstvenu zaštitu odobrenu rješenjem.

(6) Osigurana osoba koja koristi zdravstvenu zaštitu u ugovornim državama i trećim državama u smislu stavka 1. do 5. ovoga članka mora se odmah javiti područnoj službi, odnosno regionalnom uredu Zavoda nadležnom prema mjestu svog prebivališta, odnosno boravišta zbog daljnjeg praćenja zdravstvenog stanja i ocjenjivanja potrebe povratka (prijevoza) u Republiku Hrvatsku.

(7) Na osnovi obavijesti o korištenju prekogranične zdravstvene zaštite nadležno liječničko povjerenstvo regionalnog ureda Zavoda prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe utvrđuje potrebu premještaja osigurane osobe u Republiku Hrvatsku, te određuje vrstu prijevoznog sredstva s obzirom na njezino zdravstveno stanje i udaljenost odredišta.

(8) Kada liječničko povjerenstvo Zavoda iz stavka 7. ovoga članka prilikom utvrđivanja potrebe premještaja osigurane osobe u Republiku Hrvatsku utvrdi potrebu sanitetskog prijevoza, nalog za sanitetski prijevoz daje voditelj regionalnog ureda Zavoda čije je liječničko povjerenstvo utvrdilo potrebu premještaja, ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza prema sjedištu ugovorne zdravstvene ustanove u koju se osoba premješta. U slučaju kada se osiguranu osobu sa liječenja u inozemstvu premješta u mjesto prebivališta, odnosno boravišta nalog za sanitetski prijevoz daje voditelj regionalnog ureda Zavoda, čije je liječničko povjerenstvo utvrdilo potrebu premještaja ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe.

(9) Osigurana osoba iz članka 6. stavka 1. i stavka 2. točke 1. te članka 13. ovoga Pravilnika koja ne postupi u skladu sa stavkom 6. ovoga članka nema pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti zdravstvenu zaštitu u ugovornim državama i trećim državama, osim u slučajevima kada dokaže da iz opravdanih razloga (vezanih uz njezino zdravstveno stanje) nije mogla tako postupiti.

(1) Pod hitnom medicinskom pomoći iz članka 19. stavka 4. ovoga Pravilnika podrazumijeva se pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje osigurane osobe.

(2) Hitnom medicinskom pomoći u smislu ovog Pravilnika ne smatra se zdravstvena zaštita koja je bila planirana, odnosno predvidiva kao što su primjerice planirani dijagnostički, odnosno terapijski postupci, operativni zahvati, porođaj i sl., što utvrđuje liječničko povjerenstvo regionalnog ureda Zavoda.

(3) Zdravstvena zaštita korištena u smislu odredbe stavka 2. ovoga članka ne može teretiti sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja.

(Odredbom članka 3. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (»Narodne novine«, broj 11/15.) stupio na snagu 31. siječnja 2015.g., u stavku 2. riječi: »liječničko povjerenstvo Zavoda« zamijenjene su riječima: »liječničko povjerenstvo regionalnog ureda Zavoda«).

Članak 21.

Zavod ne snosi troškove za dentalno-protetske pomoći i dentalno-protetske nadomjestke, kao ni troškove za ortopedska i druga pomagala realizirana u ugovornim državama i trećim državama, osim u slučaju kada je međunarodnim ugovorom drukčije uređeno, odnosno ako su ti troškovi nastali u sklopu zdravstvene zaštite pružene osiguranoj osobi kojoj je rješenjem Direkcije Zavoda odobreno upućivanje na liječenje u inozemstvo u skladu s člankom 25. i 26. ovoga Pravilnika.

7. Pravo na korištenje hemodijalize, odnosno terapije kisikom u ugovornim državama i trećim državama

Članak 22.

(1) Iznimno, osigurana osoba iz članka 6. stavka 2. točke 1. ovoga Pravilnika koja koristi bikarbonatnu hemodijalizu kao kronični bubrežni bolesnik, odnosno koja je pod terapijom kisikom ima pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja koristiti bikarbonatnu hemodijalizu, odnosno terapiju kisikom u zdravstvenoj ustanovi u ugovornoj državi ili trećoj državi na osnovi rješenja koje donosi ovlašten radnik Direkcije Zavoda iz članka 26. stavka 1. ovoga Pravilnika.

(2) Osiguranoj osobi može se odobriti korištenje zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka te s tim u svezi boravak radi privatnog posla u ugovornoj državi ili trećoj državi u maksimalnom trajanju do 90 dana u jednoj kalendarskoj godini.

(3) Rješenje iz stavka 1. ovoga članka donosi se na osnovi pisanog zahtjeva osigurane osobe kojem mora biti priložena odgovarajuća medicinska dokumentacija iz koje je vidljivo da osigurana osoba koristi bikarbonatnu hemodijalizu kao kronični bubrežni bolesnik, odnosno terapiju kisikom, te potvrda zdravstvene ustanove u ugovornoj državi ili trećoj državi o prihvaćanju provođenja bikarbonatne hemodijalize, odnosno terapije kisikom osiguranoj osobi, kao i o broju planiranih hemodijaliza, odnosno terapija po datumima. U zahtjevu je osigurana osoba obvezna navesti za koje razdoblje traži odobrenje provođenja hemodijalize, odnosno terapije kisikom u ugovornoj državi ili trećoj državi (prvi i posljednji dan boravka).

Članak 23.

(1) Rješenjem o pravu na korištenje zdravstvene zaštite iz članka 22. ovoga Pravilnika određuje se:

1. država i zdravstvena ustanova gdje će se zdravstvena zaštita provoditi,

2. za koje vremensko razdoblje se odobrava provođenje zdravstvene zaštite,
3. obveza sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite,
4. obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u skladu s međunarodnim ugovorom,
5. obveza podnošenja prijave boravka u ugovornoj državi ili trećoj državi i uplate posebnog doprinosa,
6. način podmirenja troškova zdravstvene zaštite,
7. obveza osigurane osobe o dostavljanju izvješća o provedenoj zdravstvenoj zaštiti.

(2) Nakon donošenja rješenja iz stavka 1. ovoga članka Direkcija Zavoda izdaje jamčevno pismo zdravstvenoj ustanovi u ugovornoj državi ili trećoj državi u kojoj će se zdravstvena zaštita provesti.

Članak 24.

(1) Osigurana osoba kojoj je rješenjem iz članka 22. ovoga Pravilnika odobreno korištenje zdravstvene zaštite u ugovornoj državi ili trećoj državi obvezna je prije odlaska u ugovornu državu ili treću državu izvršiti prijavu boravka u ugovornoj državi ili trećoj državi, a u slučaju odlaska u treću državu obvezna je i uplatiti posebni doprinos u skladu s člankom 18. ovoga Pravilnika.

(2) Na osnovi prijave i uplaćenog posebnog doprinosa iz stavka 1. ovoga članka osiguranoj osobi izdaje se potvrda iz članka 10. stavka 1. ili 2. ovoga Pravilnika.

(3) Osigurana osoba koja ne postupi prema odredbi stavka 1. ovoga članka i ne pribavi potvrdu iz stavka 2. ovoga članka te osigurana osoba koja je bikarbonatnu hemodijalizu, odnosno terapiju kisikom u ugovornoj državi ili trećoj državi koristila bez rješenja Direkcije Zavoda iz članka 22. stavka 1. ovoga Pravilnika obvezna je troškove te zdravstvene zaštite snositi osobno.

IV. UPUĆIVANJE OSIGURANE OSOBE NA LIJEČENJE U INOZEMSTVO

Članak 25.

(1) Osiguranoj osobi može se odobriti pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo zbog liječenja urođenih anomalija, provođenja transplantacijskih programa te liječenja zloćudnih bolesti, uključujući pretraživanje međunarodnih registara dobrovoljnih davalaca koštane srži, ako se potrebno liječenje ne može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu.

(2) Pod liječenjem u smislu stavka 1. ovoga članka smatraju se dijagnostički i terapijski postupci, operacijski zahvati uključujući i transplantacije organa, u skladu sa Zakonom o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja, koje se ne mogu provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, bolničko i ambulantno liječenje, kontrolni pregledi, te dijagnostičke pretrage krvi i tkiva.

(3) Iznimno, osiguranim osobama može se odobriti upućivanje na liječenje u inozemstvo zbog liječenja bolesti koje nisu obuhvaćene stavkom 1. ovoga članka ako se potrebno liječenje ne može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu.

Članak 26.

(1) O pravu na upućivanje na liječenje u inozemstvo u skladu s odredbom članka 25. ovoga Pravilnika odlučuje se rješenjem koje u prvom stupnju donosi ovlaštenu radnik Direkcije Zavoda.

(2) Rješenje iz stavka 1. ovoga članka donosi se na osnovi zahtjeva osigurane osobe, odgovarajuće medicinske dokumentacije i obaveznog prijedloga za upućivanje na liječenje u inozemstvo koji daje nadležni referentni centar Ministarstva zdravlja (u daljnjem tekstu: referentni centar) nadležan prema dijagnozi bolesti osigurane osobe za koju se predlaže upućivanje na liječenje u inozemstvo, odnosno doktor specijalist ili liječnički konzilij druge ugovorne zdravstvene ustanove na sekundarnoj i tercijarnoj razini u kojoj se osigurana osoba liječi, s prijedlogom jedne ili više inozemnih zdravstvenih ustanova koje mogu obaviti traženo liječenje, te nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda.

(3) Ako je prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo iz stavka 2. ovoga članka dao doktor specijalist, odnosno liječnički konzilij ugovorne zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi, liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda obvezno je prije donošenja nalaza, mišljenja i ocjene pribaviti mišljenje nadležnog referentnog centra.

(4) U slučaju da ne postoji nadležni referentni centar koji bi mogao dati mišljenje iz stavka 3. ovoga članka, liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda obvezno je prije donošenja nalaza, mišljenja i ocjene o upućivanju na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu pribaviti mišljenje doktora specijalista-konzultanata, koje na prijedlog ministra zdravlja, posebnom odlukom imenuje ravnatelj Zavoda.

(5) Ako za pojedine dijagnoze bolesti, za čije liječenje ne postoje referentni centri, nisu u skladu sa stavkom 4. ovoga članka imenovani doktori specijalisti – konzultanti, liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda obvezno je prije donošenja nalaza, mišljenja i ocjene pribaviti mišljenje, u

pravilu, tri doktora specijalista određene specijalnosti iz ugovornih zdravstvenih ustanova na tercijarnoj razini u Republici Hrvatskoj.

(6) Kada liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda odlučuje o pravu osigurane osobe na upućivanje na liječenje u inozemstvo u slučajevima iz članka 25. stavka 3. ovoga Pravilnika, obvezno je prije donošenja nalaza, mišljenja i ocjene pribaviti mišljene nadležnog referentnog centra, odnosno ako ne postoji nadležni referentni centar, mišljenje najmanje troje (3) doktora specijalista određene specijalnosti iz ugovornih zdravstvenih ustanova na tercijarnoj razini u Republici Hrvatskoj.

(7) Iznimno od stavaka 3., 4., 5. i 6. ovoga članka, liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda ima pravo donijeti nalaz, mišljenje i ocjenu povodom zahtjeva osigurane osobe i prijedloga za upućivanje na liječenje u inozemstvo iz stavka 2. ovoga članka i bez obveze prethodnog pribavljanja mišljenja doktora specijalista nadležnog referentnog centra, odnosno doktora specijalista – konzultanata kada na nedvojben način može utvrditi da se traženo liječenje može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a na temelju propisanog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i sklopljenih ugovora o provođenju zdravstvene zaštite s ugovornim subjektima Zavoda, kao i prethodno pribavljenim mišljenjima doktora specijalista nadležnog referentnog centra, odnosno prethodno pribavljenim konzultantskim mišljenjem, u drugim slučajevima koji se temelje na istom ili sličnom činjeničnom stanju.

(8) Liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda ima pravo donijeti nalaz, mišljenje i ocjenu o upućivanju osigurane osobe na prvi poslije operacijski kontrolni pregled u inozemstvo i bez prethodno pribavljenog mišljenja referentnog centra, odnosno konzultantskih mišljenja, ako je osigurana osoba na operaciju u inozemstvo upućena rješenjem Zavoda.

(9) Iznimno od stavaka 3., 4., 5. i 6. ovoga članka, liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda ima pravo donijeti nalaz, mišljenje i ocjenu povodom zahtjeva osigurane osobe i prijedloga za upućivanje na liječenje u inozemstvo iz stavka 2. ovoga članka i bez obveze prethodnog pribavljanja mišljenja nadležnog referentnog centra, odnosno doktora specijalista – konzultanata i u slučajevima kada se radi o liječenju koje je odobreno rješenjem Zavoda, a provodi se u više navrata/ciklusa.

Liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda ima pravo, radi donošenja nalaza, mišljenja i ocjene o upućivanju na liječenje u inozemstvo zatražiti od nadležnog predlagača takvog nastavnog liječenja evaluaciju provedene terapije, odnosno rezultate provedenog liječenja u inozemstvu.

(10) Liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda ima pravo donijeti nalaz, mišljenje i ocjenu o upućivanju osigurane osobe na kontrolne preglede u inozemstvo i bez prethodno pribavljenog mišljenja referentnog centra, odnosno konzultantskih mišljenja, ako se radi o redovitom kontroliranju nekoliko puta tijekom kalendarske godine radi praćenja zdravstvenog stanja i moguće progresije ili povrata bolesti.

(11) Doktor specijalista nadležnog referentnog centra iz stavka 3. ovoga članka, odnosno doktori – konzultanti iz stavka 4. i 5. ovoga članka obrazloženim mišljenjem potvrđuju da traženo liječenje nije moguće provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj ili potvrđuju da je traženo liječenje moguće provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj u kojem slučaju se obvezno navodi i ugovornu zdravstvenu ustanovu u Republici Hrvatskoj u kojoj se može provesti traženo liječenje. Ako doktor specijalista nadležnog referentnog centra u svom mišljenju potvrdi da se predloženo liječenje obavlja u njihovom referentnom centru, liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda po zaprimljenom mišljenju zatražit će od tog referentnog centra zakazivanje termina prijama osigurane osobe na predloženo liječenje.

(12) Pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja može se odobriti osiguranoj osobi ako je prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo na propisanoj tiskanici iz stavka 14. ovoga članka dao doktor specijalista iz nadležnog referentnog centra, odnosno u slučaju kada je prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo dao doktor specijalist, odnosno liječnički konzilij iz stavka 3. ovoga članka ako je pozitivno mišljenje dao doktor specijalista nadležnog referentnog centra ili najmanje dva doktora specijalista – konzultanta, dok se u slučaju iz stavka 6. ovoga članka osiguranoj osobi pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo može odobriti samo ako su pozitivno mišljenje dali svi doktori specijalisti od kojih je potonje zatraženo.

(13) Odluka o izboru inozemne zdravstvene ustanove u koju će se osiguranu osobu uputiti na liječenje, a uvažavajući prijedlog nadležnog referentnog centra ili doktora specijalista, odnosno liječničkog konzilija ugovorne zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi u nadležnosti je liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda.

(14) Prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo iz stavka 2. ovoga članka daje doktor specijalista nadležnog referentnog centra ili doktor specijalist, odnosno liječnički konzilij ugovorne zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi i to samo u okviru svoje djelatnosti, a daju ga na tiskanici »Zahtjev i prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo« čiji je oblik i sadržaj tiskan uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

(15) Tiskanica iz stavka 14. ovoga članka predstavlja ujedno i zahtjev osigurane osobe za upućivanje na liječenje u inozemstvo, te njezinu izjavu kojom svojim potpisom potvrđuje da je upoznata da prema odredbama ovoga Pravilnika osigurana osoba koja na liječenje u inozemstvo ode bez rješenja Direkcije Zavoda nema pravo, unatoč podnijetom zahtjevu i prijedlogu iz stavka 2. ovoga članka, ostvariti to liječenje na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja.

(16) Osiguranu osobu koja uz zahtjev za upućivanje na liječenje u inozemstvo ne priloži prijedlog nadležnog referentnog centra ili doktora specijalista, odnosno liječničkog konzilija iz stavka 2. ovoga članka pozvat će se da u roku od 15 dana potonjim dopuni svoj zahtjev.

(17) Zahtjev osigurane osobe s prijedlogom za upućivanje na liječenje u inozemstvo koji je izdan od neugovorne zdravstvene ustanove, zdravstvenog radnika privatne prakse – izabranog doktora, odnosno ako osigurana osoba u roku iz stavka 16. ovoga članka, računajući od dana zaprimanja dopisa

Direkcije Zavoda, ne dostavi traženi prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo iz ugovorne zdravstvene ustanove bit će odbijen.

(18) Zahtjev s prijedlogom za upućivanje na liječenje u inozemstvo u skladu s odredbom stavka 2. ovog članka osigurana osoba podnosi Zavodu prije odlaska na liječenje u inozemstvo i to posebno za svaki pojedinačni slučaj liječenja utvrđen člankom 25. ovoga Pravilnika.

(19) Tiskanica »Zahtjev i prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo« iz stavka 14. ovoga članka može se preuzeti s internetskih stranica Zavoda na adresi: »www.hzzo.hr.« pod »Tiskanice«.

(Odredbom članka 4. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite (»Narodne novine«, broj 11/15.) stupio na snagu 31. siječnja 2015.g., tiskanica iz stavka 14. »Zahtjev i prijedlog za upućivanje na liječenje u inozemstvo« izmijenjena je.)

Članak 27.

(1) Rješenjem o pravu na liječenje u inozemstvu, u skladu nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda, određuje se:

1. država i zdravstvena ustanova gdje će se liječenje provesti,
2. vrsta i metoda liječenja,
3. razlozi zbog kojih se odobrava liječenje u inozemstvu,
4. vrijeme trajanja liječenja,
5. vrsta prijevoznog sredstva
6. potreba pratnje i pratitelj (član obitelji, druga osoba ili stručna medicinska pratnja),
7. obveza sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite,
8. obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u skladu s međunarodnim ugovorom,
9. način podmirenja troškova liječenja
10. potreba smještaja pratitelja uz dijete iz članka 30. ovoga Pravilnika i način podmirenja troškova smještaja
11. obveza osigurane osobe o dostavljanju izvješća o obavljenom liječenju.

(2) Nakon donošenja rješenja iz stavka 1. ovog članka Direkcija Zavoda izdaje jamčevno pismo inozemnoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj će se liječenje provesti, te dogovara termin prijama osigurane osobe na odobreno liječenje.

(3) Rješenje iz stavka 1. ovoga članka mora se izvršiti u roku od 90 dana od dana kada je osigurana osoba primila rješenja, a u slučajevima upućivanja na transplantacije organa u inozemstvo – bez ograničenja.

(4) U opravdanim slučajevima rok iz stavka 3. ovoga članka može se iznimno produžiti na zahtjev osigurane osobe.

(5) Iznimno, u opravdanim slučajevima može se odobriti produženje trajanja liječenja iz stavka 1. točke 4. ovoga članka na prijedlog inozemne zdravstvene ustanove u koju je osigurana osoba upućena na liječenje uz priloženo medicinsko obrazloženje.

(6) Produženje trajanja liječenja iz stavka 5. ovoga članka odobrava se dopunskim rješenjem, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda.

Članak 28.

(1) Pravo na liječenje u inozemstvu prema postupku propisanom u članku 26. ovoga Pravilnika može ostvariti i osigurana osoba za koju je tijekom liječenja u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u Republici Hrvatskoj, zbog nemogućnosti nastavka uspješnog liječenja u toj ili u drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u Republici Hrvatskoj na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvena ustanova dala prijedlog za premještaj i daljnje liječenje u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi.

(2) Nadležni liječnik specijalist ili liječnički konzilij zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi obvezni su uz prijedlog za nastavak liječenja u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi osiguranoj osobi, članu njezine obitelji ili osobi koja o njoj skrbi dati svu raspoloživu medicinsku dokumentaciju i uputiti ih na obvezu prethodnog podnošenja pisanog zahtjeva za upućivanje na liječenje u inozemstvo Direkciji Zavoda.

(3) Prijedlog za nastavak liječenja u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi iz stavka 2. ovoga članka daje se na tiskanici prijedloga za upućivanje na liječenje u inozemstvo iz članka 26. stavka 14. ovoga Pravilnika.

(4) Zahtjevi iz stavka 2. ovoga članka rješavaju se po hitnom postupku.

Članak 29.

(1) Osigurana osoba kojoj je rješenjem Direkcije Zavoda odobreno pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo ima pravo na naknadu troškova prijevoza javnim prijevoznim sredstvom, odnosno prijevoz sanitetskim vozilom, vozilom hitne medicinske pomoći, sanitetskim zrakoplovom, u skladu s odredbama Zakona, pravilnika ministra zdravlja i općih akata Zavoda.

(2) Pravo na naknadu troškova prijevoza iz stavka 1. ovoga članka ima i rješenjem Direkcije Zavoda odobren pratitelj.

(3) Vrsta prijevoznog sredstva iz stavka 1. ovoga članka utvrđuje se rješenjem Direkcije Zavoda na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda.

(4) Nalog za sanitetski prijevoz, odnosno prijevoz vozilom hitne medicinske pomoći daje Direkcija Zavoda ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza, odnosno djelatnost hitne medicine prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe u slučajevima kada osigurana osoba na liječenje u inozemstvo odlazi iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta te kada se s liječenja u inozemstvu vraća u mjesto prebivališta, odnosno boravišta.

(5) Kada se osiguranu osobu premješta iz ugovorne zdravstvene ustanove u inozemnu zdravstvenu ustanovu te kada se osiguranu osobu vraća iz inozemne zdravstvene ustanove u ugovornu zdravstvenu ustanovu u Republici Hrvatskoj, zahtjev za sanitetski prijevoz, odnosno prijevoz vozilom hitne medicinske službe daje Direkcija Zavoda ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza, odnosno djelatnost hitne medicine prema sjedištu ugovorne zdravstvene ustanove iz koje se osiguranu osobu premješta, odnosno u koju se osoba vraća nakon liječenja u inozemstvu.

Članak 30.

(1) Iznimno, na osnovi prijedloga nadležnog referentnog centra, doktora specijalista, odnosno liječničkog konzilija ugovorne zdravstvene ustanove iz članka 26. stavka 2. ovoga Pravilnika te nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda pravo na smještaj uz dijete koje se upućuje na liječenje u inozemstvo može se odobriti jednom pratitelju iz članka 27. stavka 1. točke 6. ovoga Pravilnika i to:

– majci djeteta ako je jedina prehrana djeteta majčino mlijeko ili ako postoji potreba dojenja djeteta,

– jednom od roditelja ili osobi koja skrbi o djetetu mlađem od 5 godina ako to zahtijeva zdravstveno stanje djeteta,

– iznimno, na prijedlog nadležnog referentnog centra, odnosno doktora specijaliste ili liječničkog konzilija ugovorne zdravstvene ustanove u kojoj se osigurana osoba liječi i uz obrazloženje medicinskih razloga, može se odobriti smještaj uz dijete i jednom od roditelja ili osobi koja skrbi o djetetu starijem od 5 godina, ako to zahtijeva zdravstveno stanje djeteta.

(2) Na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se sredstva za smještaj iz stavka 1. ovoga članka do maksimalnog iznosa po danu u visini dnevnice utvrđene Odlukom o visini dnevnice za službeno putovanje u inozemstvo za korisnike koji se financiraju iz sredstava Državnog proračuna, preračunato u kune prema srednjem tečaju Hrvatske narodne banke važećeg na dan obračuna tih troškova.

Članak 31.

Osigurana osoba kojoj je priznato pravo na liječenje u inozemstvu obvezna je u roku od 15 od dana nakon završenog liječenja u inozemstvu dostaviti Direkciji Zavoda otpusno pismo i drugu medicinsku dokumentaciju o obavljenom liječenju prevedenu na hrvatski jezik.

Članak 32.

Osigurana osoba koja je sama dogovorila termin u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi i na liječenje u inozemstvo otišla bez rješenja o upućivanju na liječenje u inozemstvu iz članka 26. i 28. ovoga Pravilnika nema pravo ostvariti to liječenje na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 33.

(1) Protiv rješenja iz članka 26. stavka 1. ovoga Pravilnika osigurana osoba ima pravo žalbe u roku od 15 dana od dana primitka rješenja.

(2) Žalba se podnosi ravnatelju Zavoda.

(3) Drugostupanjsko rješenje donosi ravnatelj Zavoda na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene višeg liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda koje je donijeto prema mišljenju nadležnog referentnog centra, odnosno u slučaju iz članka 26. stavka 4. ovog Pravilnika doktora specijalista – konzultanata ili doktora specijalista iz članka 26. stavka 4. i 5. ovoga Pravilnika.

(4) Iznimno, više liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda ima pravo donijeti nalaz, mišljenje i ocjenu iz stavka 3. ovoga članka bez obveze prethodnog pribavljanja mišljenja specijalista nadležnog referentnog centra, odnosno specijalista – konzultanata ili doktora specijalista iz stavka 3. ovoga članka kada na nedvojben način može utvrditi da se traženo liječenje može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama, odnosno ugovornim privatnim ordinacijama u Republici Hrvatskoj, a na temelju propisanog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja i sklopljenih ugovora o provođenju zdravstvene zaštite s ugovornim subjektima Zavoda, kao i pribavljenom mišljenju nadležnog referentnog centra pribavljenog u prvom stupnju, odnosno prethodno pribavljenim mišljenjima doktora specijalista nadležnog referentnog centra te konzultantskih mišljenja u drugim slučajevima koji se temelje na istom ili sličnom činjeničnom stanju.

(5) U postupku rješavanja žalbe osigurane osobe ne mogu sudjelovati isti doktori specijalisti-konzultanti koji su sudjelovali u postupku donošenja rješenja iz stavka 1. ovoga članka.

(6) Protiv rješenja ravnatelja donesenog povodom žalbe osigurane osobe nije dopuštena žalba, već se protiv njega može pokrenuti upravni spor pred nadležnim upravnim sudom u roku od 30 dana od dana primitka rješenja.

V. NAKNADA TROŠKOVA KORIŠTENE PREKOGRANIČNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Članak 34.

(1) Osiguranoj osobi iz članka 19. stavka 1. i 3. ovoga Pravilnika koja je koristila zdravstvenu zaštitu u ugovornoj državi u opsegu određenom pojedinim međunarodnim ugovorom, a kojoj je unatoč pribavljenoj potvrdi iz članka 10. ovoga Pravilnika naplaćena zdravstvena zaštita u ugovornoj državi, Zavod će na njen zahtjev, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva regionalnog ureda Zavoda priznati troškove zdravstvene zaštite prema odredbama međunarodnog ugovora.

(2) Osiguranoj osobi iz članka 19. stavka 2. ovoga Pravilnika koja je koristila zdravstvenu zaštitu u trećoj državi koju se nije moglo odgoditi do povratka u Republiku Hrvatsku, Zavod će na njen zahtjev, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva regionalnog ureda Zavoda priznati troškove zdravstvene zaštite prema stvarnom trošku te zdravstvene zaštite, umanjenom za iznos Zakonom propisanog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.

(3) Osiguranoj osobi iz članka 19. stavka 4. ovoga Pravilnika koja je zdravstvenu zaštitu u trećim državama koristila za slučaj hitne medicinske pomoći radi otklanjanja neposredne opasnosti po život i zdravlje, Zavod će na njen zahtjev, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva regionalnog ureda Zavoda priznati troškove zdravstvene zaštite prema stvarnom trošku te zdravstvene zaštite, umanjenom za iznos Zakonom propisanog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.

(4) Osigurana osoba iz stavka 1. i 2. i 3. ovoga članka obvezna je uz zahtjev za naknadu troškova priložiti originalnu medicinsku dokumentaciju o pruženim zdravstvenim uslugama s prijevodom na hrvatski jezik i original računa koji glasi na ime osigurane osobe iz kojeg je vidljivo koje su zdravstvene usluge pružene osiguranoj osobi, te da je račun plaćen.

Članak 35.

Osigurana osoba koja zdravstvenu zaštitu u inozemstvu koristi prema odredbama ovoga Pravilnika obvezna je sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u skladu s propisima EU te međunarodnim ugovorima, Zakonom i općim aktima Zavoda.

Članak 36.

(1) Osiguranoj osobi koja je u drugoj državi EU koristila zdravstvenu zaštitu u skladu s člankom 19. Uredbe, a kojoj je ta zdravstvena zaštita naplaćena, Zavod će na njezin zahtjev priznati troškove zdravstvene zaštite prema propisima EU, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva regionalnog ureda Zavoda.

(2) Osigurana osoba iz stavka 1. ovog članka obvezna je uz zahtjev za naknadu troškova priložiti medicinsku dokumentaciju o pruženim zdravstvenim uslugama i original računa koji glasi na ime osigurane osobe iz kojeg je vidljivo koje su zdravstvene usluge pružene osiguranoj osobi, te da je račun plaćen.

Članak 37.

(1) Osigurana osoba koja je u drugoj državi EU koristila zdravstvenu zaštitu sukladno članku 20. Uredbe i kojoj je Zavod rješenjem iz članka 7. ovoga Pravilnika odobrio odlazak u drugu državu članicu EU s ciljem podvrgavanja liječenju primjerenom njezinom zdravstvenom stanju, a zdravstvena

zaštita joj je naplaćena, na zahtjev ostvaruje pravo na povrat troškova zdravstvene zaštite prema propisima EU, a na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva regionalnog ureda Zavoda.

(2) Osigurana osoba iz stavka 1. ovog članka obvezna je uz zahtjev za naknadu troškova priložiti medicinsku dokumentaciju o pruženim zdravstvenim uslugama i original računa koji glasi na ime osigurane osobe iz kojeg je vidljivo koje su zdravstvene usluge pružene osiguranoj osobi, te da je račun plaćen.

(3) Osiguranoj osobi iz stavka 1. ovoga članka kao i osiguranoj osobi iz članka 7. ovoga Pravilnika a koja je koristila zdravstvenu zaštitu u skladu sa člankom 20. Uredbe naknađuju se i troškovi prijevoza javnim prijevoznim sredstvom prema najkraćoj udaljenosti i najjeftinijem prijevoznom sredstvu u skladu sa uvjetima utvrđenim člankom 62. Zakona.

Članak 38.

(1) Osigurana osoba koja je u drugoj državi EU koristila zdravstvenu zaštitu u skladu sa člancima 27., 28. i 30. Zakona koja joj je naplaćena, ima pravo na povrat troškova zdravstvene zaštite najviše u visini cijene koja je za tu vrstu zdravstvene zaštite utvrđena općim aktima Zavoda za ugovorne subjekte Zavoda iz članka 18. Zakona i to u slučaju iz članka 28. Zakona na osnovi rješenja iz članka 7. ovoga Pravilnika, a u slučaju iz članka 30. Zakona na osnovi nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva regionalnog ureda Zavoda, kojim je utvrđeno da se radi o zdravstvenoj zaštiti koja je utvrđena standardom prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Osigurana osoba iz stavka 1. ovoga članka obvezna je uz zahtjev za naknadu troškova priložiti originalnu medicinsku dokumentaciju o pruženoj zdravstvenoj zaštiti i original računa koji glasi na ime osigurane osobe iz kojeg je vidljivo koja je zdravstvena zaštita pružena osiguranoj osobi te da je račun plaćen.

(3) Osigurana osoba koja je zdravstvenu zaštitu koristila u skladu sa člankom 38.stavkom 1. Zakona, obvezna je uz zahtjev, osim dokumentacije iz stavka 2. ovoga članka priložiti i dokumentaciju kojom se dokazuje medicinska indikacija za provedeno liječenje te odgovarajuću uputnicu u skladu s općim aktom Zavoda.

Članak 39.

O zahtjevu osigurane osobe iz članka 34., 36., 37. i 38. ovoga Pravilnika za povrat troškova zdravstvene zaštite područna služba, odnosno regionalni ured Zavoda, nadležan prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe, odlučuje rješenjem.

VI. IZVJEŠĆA

Članak 40.

(1) Godišnje financijsko izvješće o sredstvima utrošenim za zdravstvenu zaštitu korištenu u inozemstvu u skladu s ovim Pravilnikom dostavlja se Upravom vijeću Zavoda u okviru financijskog izvješća o poslovanju Zavoda u prethodnoj kalendarskoj godini.

(2) Služba Direkcije Zavoda nadležna za poslove medicinskog vještačenja obvezna je pratiti slučajeve upućivanja na liječenje u inozemstvo prema dijagnozama bolesti, analizirati opravdanost upućivanja na liječenje u inozemne zdravstvene ustanove po tim dijagnozama te pratiti uspješnost obavljenih liječenja prema pojedinim inozemnim zdravstvenim ustanovama i o tome podnijeti Upravnom vijeću Zavoda godišnje izvješće.