

PRAVILNIK
O UVJETIMA I NAČINU OSTVARIVANJA
PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
(interni pročišćeni tekst)

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 49/14.) te njegove izmjene i dopune objavljene u „Narodnim novinama“, broj 11/15. i 17/15. u kojima je naznačeno njihovo stupanje na snagu te ispravci Pravilnika objavljen u „Narodnim novinama“, broj 51/14. i 123/16.

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Ovim Pravilnikom, u skladu s propisima Europske unije o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti i odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon), uređuju se uvjeti i način ostvarivanja prava osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) iz obveznog zdravstvenog osiguranja te obveze osiguranih osoba u ostvarivanju tih prava.

(2) 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.

Članak 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 članice EU i 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.

Članak 3.

Osiguranom osobom Zavoda (u daljnjem tekstu: osigurana osoba) smatra se osoba kojoj je prema osnovama osiguranja utvrđenim Zakonom i Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj (u daljnjem tekstu: ZOZZ), na način i pod uvjetima utvrđenim tim Zakonima, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda utvrđen status osiguranika, odnosno osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 4.

Osiguranoj osobi osiguravaju se prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u opsegu, na način i pod uvjetima utvrđenim 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 skrbi (SL L 088, 4.4.2011, 45 – 65 – u daljnjem tekstu: Direktiva 2011/24/EU), te Zakonom, ZOZZ-om, drugim propisima, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda, a kojih propisa se obvezna pridržavati i osigurana osoba u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

II. UTVRĐIVANJE STATUSA OSIGURANE OSOBE

Članak 5.

(1) Status osigurane osobe utvrđuje Zavod.

(2) Osigurana osoba prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja stječe, u pravilu, danom stjecanja statusa osigurane osobe.

(3) Status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju prema osnovama osiguranja utvrđenim Zakonom i ZOZZ-om stječe se danom nastanka okolnosti osnovom kojih se u skladu s tim zakonskim propisima utvrđuje status u obveznom zdravstvenom osiguranju, osim ako ovim Pravilnikom i općim aktom Zavoda iz članka 122. stavka 5. Zakona nije drukčije propisano.

Članak 6.

(1) Osigurana osoba kod koje su prestale okolnosti na osnovi kojih joj je utvrđen status osigurane osobe gubi taj status danom prestanka tih okolnosti.

(2) Osiguranoj osobi kod koje nisu prestale okolnosti na osnovi kojih joj je utvrđen status osigurane osobe, odnosno koja je status osigurane osobe stekla osnovom osobnog plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje (članak 13. Zakona), prestanak statusa osigurane osobe ne može se utvrditi osnovom njezinog zahtjeva, ako joj se istodobno ne može utvrditi status osigurane osobe po nekoj drugoj zakonskoj osnovi osiguranja, odnosno ako ne dokaže da je zdravstveno osiguranje ostvarila prema propisima zemlje rada, odnosno boravišta.

1. Prijava na obvezno zdravstveno osiguranje

Članak 7.

(1) Status osigurane osobe utvrđuje Zavod na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje (prijava na obvezno zdravstveno osiguranje, prijava o promjeni u obveznom zdravstvenom osiguranju i odjava s obveznog zdravstvenog osiguranja – u daljnjem tekstu: prijava).

(2) Osiguraniku iz članka 7. stavka 1. točke 3., 4., 6., 7., 8., 9. i 12. Zakona, koji prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje nije podnio u roku od 8 dana od dana nastanka okolnosti na osnovi kojih se stječe status u obveznom zdravstvenom osiguranju, status u obveznom zdravstvenom osiguranju se utvrđuje s danom nastanka tih okolnosti, a prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja stječe danom zaprimanja prijave u Zavodu.

(3) Osobi koja je sklopila ugovor o radu sa dva ili više poslodavaca status osiguranika utvrđuje se na osnovi prijave pravne ili fizičke osobe – prvog podnosioca prijave.

(4) Osobi kojoj Zavod prihvati prijavu i utvrdi status osigurane osobe izdaje se iskaznica obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: zdravstvena iskaznica) čiji se oblik, sadržaj, način izdavanja i korištenja utvrđuje posebnim općim aktom Zavoda.

(5) Ako Zavod ne prihvati prijavu ili utvrdi status osigurane osobe po nekoj drugoj osnovi osiguranja, odnosno ukida status osiguranoj osobi u obveznom zdravstvenom osiguranju zbog nepostojanja okolnosti na osnovi kojih joj je taj status utvrđen, o tome donosi rješenje koje dostavlja podnositelju prijave i zainteresiranoj osobi.

(6) Osobi za koju obveznik plaćanja doprinosa ne podnese prijavu, odnosno odjavu s obveznog zdravstvenog osiguranja, Zavod će rješenjem utvrditi status, odnosno prestanak statusa osigurane osobe po službenoj dužnosti na osnovi podataka koje po službenoj dužnosti Zavodu dostavljaju nadležna tijela, odnosno na osnovi zahtjeva same osobe.

(7) U razdoblju od podnošenja prijave do dana izdavanja zdravstvene iskaznice osigurana osoba svoj status dokazuje ovjerenom kopijom prijave iz stavka 1. ovoga članka.

2. Stjecanje statusa osigurane osobe - člana obitelji osiguranika

Članak 8.

Status osigurane osobe - člana obitelji osiguranika iz članka 10. stavka 1. točke 3. i 4. Zakona (roditelj, unuk, brat, sestra, djed i baka) osoba može steći pod uvjetom da je nesposobna za samostalan život i rad, da nema vlastitih sredstava za uzdržavanje te da ju osiguranik uzdržava, ako ispunjava uvjete propisane člankom 9. i 10. ovoga Pravilnika.

Članak 9.

Smatra se da je osoba nesposobna za samostalan život i rad ako ispunjava jedan od sljedećih uvjeta:

1. ako je navršila 65 godina života,
2. ako joj je prema propisima o mirovinskom osiguranju utvrđen potpun gubitak radne sposobnosti,
3. ako je prema propisima o socijalnoj skrbi proglašena potpuno i trajno nesposobna za samostalni život i rad,
4. ako je prema nalazu, mišljenju i ocjeni liječničkog povjerenstva Zavoda ocijenjena nesposobnom za samostalan život i rad u trajanju od najmanje godinu dana, ovisno o zdravstvenom stanju osobe.

Članak 10.

(1) Smatra se da osoba nema dostatnih prihoda za uzdržavanje ako ispunjava jedan od sljedećih uvjeta:

1. ako uopće nema vlastitih prihoda,
2. ako joj mjesečni prihod ne prelazi iznos od 18% proračunske osnovice utvrđene Zakonom o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za tekuću godinu.

(2) Pod prihodom iz stavka 1. ovoga članka smatraju se svi primitci ostvareni na ime dohotka od nesamostalnog rada, dohotka ili dobiti od samostalne djelatnosti, primitaka od kojih se utvrđuje drugi dohodak, imovine i imovinskih prava, kapitala, osiguranja, te svi drugi primitci ostvareni prema posebnim propisima, umanjeni za iznos koji se na osnovi propisa o obitelji plaća za uzdržavanje, kao i za iznos poreza i prireza.

Članak 11.

(1) Ako je članu obitelji osiguranika priznat status osigurane osobe u skladu s uvjetima utvrđenim člankom 9. i 10. ovoga Pravilnika, član obitelji obvezno zdravstveno osiguranje ostvaruje sve dok ispunjava te uvjete, s tim da je obvezan 30 dana prije isteka roka od godine dana od dana priznatog statusa osigurane osobe po tom osnovu ponovno dostaviti regionalnom uredu, odnosno područnoj službi Zavoda dokaz da i dalje ispunjava propisane uvjete.

(2) Pri utvrđivanju statusa osigurane osobe iz članka 8. ovoga Pravilnika Zavod obvezno donosi pisano rješenje.

(3) Osiguranik preko kojeg je osigurana osoba iz stavka 1. ovoga članka stekla status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju obvezan je u roku 8 dana prijaviti svaku promjenu koja je od utjecaja na ispunjenje uvjeta uzdržavanja iz članka 10. ovoga Pravilnika.

Članak 12.

Izvanbračni supružnik stječe status osigurane osobe - člana obitelji osiguranika u skladu s člankom 10. stavkom 1. točkom 1. Zakona ako su ispunjeni sljedeći uvjeti:

1. da status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ne može steći prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih člankom 7. Zakona,

2. da ima prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno,

3. da je oboje supružnika dalo, pod materijalnom i kaznenom odgovornošću, pisanu izjavu ovjerenu kod javnog bilježnika da žive u izvanbračnoj zajednici, da niti jedno od njih nije u braku s trećom osobom te da prebivaju na istoj adresi najmanje godinu dana.

Članak 13.

Poljoprivrednici iz članka 7. stavka 1. točke 7. Zakona koji u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje i koji su prema toj osnovi osigurani na obvezno mirovinsko osiguranje ne mogu steći status osigurane osobe - člana obitelji osiguranika prema članku 10. Zakona.

III. PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Zdravstvena zaštita

Članak 14.

(1) Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: zdravstvena zaštita) na području Republike Hrvatske u zdravstvenim ustanovama i kod zdravstvenih radnika privatne prakse s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: ugovorni subjekti Zavoda), na način i pod uvjetima utvrđenima Zakonom, drugim propisima i drugim općim aktima Zavoda.

(2) Osigurana osoba pravo na ortopedska i druga pomagala, koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda, ostvaruje kod pravnih ili fizičkih osoba koje imaju odobrenje za proizvodnju, odnosno promet na malo ortopedskih pomagala u skladu s posebnim propisima i imaju sklopljen ugovor sa Zavodom za isporuku ortopedskih i drugih pomagala 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 isporučitelj pomagala), a uvjeti i način ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala propisani su posebnim općim aktom Zavoda.

(3) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu ima pravo na dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda, a uvjeti i način ostvarivanja te zdravstvene zaštite propisani su posebnim općim aktom Zavoda.

(4) U drugim državama EU osigurana osoba koristi zdravstvenu zaštitu u opsegu, pod uvjetima i na način utvrđenima propisima EU i Direktivom 2011/24/EU, Zakonom i općim aktom Zavoda o korištenju prekogranične zdravstvene zaštite.

(5) Osigurana osoba ostvaruje pravo na korištenje zdravstvene zaštite u ugovornim državama i trećim državama pod uvjetima, u opsegu i na način utvrđen međunarodnim ugovorima, Zakonom i općim aktom Zavoda o korištenju prekogranične zdravstvene zaštite.

(6) Pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo, kada se radi o liječenju koje se ne provodi u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu, osigurana osoba ostvaruje na način utvrđen općim aktom Zavoda o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Članak 15.

(1) Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava Zavoda na osnovi važećeg statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, a najduže 30 dana od dana prestanka statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.

(2) Troškovi zdravstvene zaštite terete sredstva Zavoda samo ako je osigurana osoba tu zdravstvenu zaštitu ostvarila pod uvjetima i na način utvrđen člankom 14. ovoga Pravilnika.

Članak 16.

Kada ugovorna zdravstvena ustanova ili ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse nije u mogućnosti pružiti osiguranoj osobi potrebnu zdravstvenu zaštitu, obvezni su poduzeti sve mjere u svrhu pružanja hitne medicinske pomoći i upućivanja osigurane osobe u najbližu ugovornu zdravstvenu ustanovu ili ugovornom zdravstvenom radniku privatne prakse koji su u mogućnosti osiguranoj osobi pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu.

Članak 17.

Osigurana osoba obvezna je prilikom ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu postupati u skladu sa savjetima i uputama zdravstvenog radnika koji joj pruža zdravstvenu zaštitu.

1.1. Obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

Članak 18.

Osigurana osoba obvezna je prilikom korištenja zdravstvene zaštite sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u skladu s člankom 19. stavkom 3. i 4. i člankom 20. stavkom 5. Zakona neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja na koje se osigurala u skladu sa Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Članak 19.

(1) Propisano sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 18. ovoga Pravilnika naplaćuju neposredno osiguranoj osobi ugovorni subjekti Zavoda, odnosno ugovorni isporučitelji pomagala.

(2) Ugovorni subjekti Zavoda, odnosno ugovorni isporučitelji pomagala obvezni su osiguranoj osobi prilikom naplate sudjelovanja iz stavka 1. ovoga članka izdati potvrdu čiji je oblik i sadržaj propisan općim aktima Zavoda, kojima se uređuje odnos Zavoda i ugovornih provoditelja zdravstvene zaštite.

(3) Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite za liječenje u drugim državama EU i ugovornim državama iz članka 19. stavka 3. točke 5. Zakona osigurana osoba plaća provoditeljima te zdravstvene zaštite u skladu s propisima EU, međunarodnim ugovorom, Zakonom i općim aktom Zavoda ako propisima EU, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.

1.2. Primarna zdravstvena zaštita

Članak 20.

(1) Osigurana osoba primarnu zdravstvenu zaštitu ostvaruje kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite - obiteljske (opće) medicine, ginekologa, dentalne medicine i pedijatra, kojeg bira na način propisan općim aktom Zavoda o izboru doktora primarne zdravstvene zaštite.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka osigurana osoba koja privremeno boravi izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta (npr. službeni put, godišnji odmor) ima pravo u slučaju npr. traume, akutne upalne i zarazne bolesti, akutnog poremećaja koji zahtijeva terapijsko zbrinjavanje i sl. koristiti primarnu zdravstvenu zaštitu, osim utvrđivanja privremene nesposobnosti za rad, kod bilo kojeg ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite u mjestu privremenog boravišta, u istom opsegu kao i kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite (lijekove propisane na e-recept i primarnu laboratorijsku dijagnostiku propisanu na e-uputnicu za primarni laboratorij).

(3) Ugovorni doktor iz stavka 2. ovoga članka, nakon pružene zdravstvene zaštite izdaje osiguranoj osobi povijest bolesti na tiskanici Povijest bolesti iz ordinacije primarne zdravstvene zaštite, koju ovjerava svojim potpisom i pečatom ordinacije.

(4) Tiskanica Povijesti bolesti iz ordinacije primarne zdravstvene zaštite iz stavka 3. ovoga članka mora sadržavati podatke o: doktoru primarne zdravstvene zaštite i ordinaciji, osiguranoj osobi, utvrđenom zdravstvenom stanju na dan izdavanja povijesti bolesti i ordiniranoj terapiji.

Članak 21.

(1) Osigurana osoba primarnu zdravstvenu zaštitu ostvaruje kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, u okviru koje izabrani doktor obiteljske (opće) medicine, ginekolog, doktor dentalne medicine i pedijatar obavlja i sljedeće poslove:

1. određuje potrebu prijevoza javnim prijevoznim sredstvom osigurane osobe s obzirom na njezino zdravstveno stanje i udaljenost odredišta u skladu s odredbama članka 62. Zakona i odredbama ovoga Pravilnika,

2. određuje potrebu sanitetskog prijevoza osigurane osobe u skladu s pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 19. stavka 2. točke 18. Zakona i odredbama ovoga Pravilnika,

3. utvrđuje potrebu pratnje osigurane osobe za vrijeme putovanja u drugo mjesto radi korištenja zdravstvene zaštite te daje mišljenje o potrebi smještaja uz dijete za vrijeme bolničkog liječenja u skladu s ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda,

4. odlučuje o potrebi upućivanja osigurane osobe u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno drugom ugovornom zdravstvenom radniku privatne prakse ako ocijeni da postoji potreba za drugim stručnim mišljenjem, a zbog postavljanja ispravne dijagnoze i obaviještenosti osigurane osobe o njezinom zdravstvenom stanju, odnosno može osnovom priložene medicinske dokumentacije tražiti konzultacijsko mišljenje u specijalističko - konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti vezano za otpusno pismo ili povijest bolesti osigurane osobe,

5. obavlja i druge poslove u svezi s ostvarivanjem prava na zdravstvenu zaštitu, odnosno drugih prava u skladu sa Zakonom, drugim propisima i općim aktima Zavoda te sklopljenim ugovorom sa Zavodom.

(2) Izabrani doktor obiteljske (opće) medicine, ginekolog i doktor dentalne medicine naplaćuju sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda.

(3) Pored poslova iz stavka 1. ovoga članka izabrani doktor obiteljske (opće) medicine i ginekolog obavljaju i sljedeće poslove:

1. utvrđuju početak i prestanak privremene nesposobnosti za rad u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim propisima,

2. određuju izolaciju osigurane osobe ako postoji sumnja da se radi o zaraznoj bolesti,

3. daju mišljenje je li privremena nesposobnost za rad osiguranika svjesno prouzročena, odnosno da li je ozdravljenje, odnosno osposobljavanje osiguranika za rad namjerno sprječavano od strane osiguranika,

4. odobravaju promjenu mjesta boravka za vrijeme privremene nesposobnosti za rad osiguranika, ako bi promjena mjesta boravka povoljno utjecala na brže ozdravljenje i osposobljavanje osiguranika za rad.

(4) Izabrani doktor obiteljske (opće) medicine utvrđuje potrebu izostanka osiguranika s rada zbog njege osigurane osobe - bolesnog člana uže obitelji u skladu s uvjetima utvrđenim člankom 45. Zakona.

(5) Izabrani doktor ginekolog ocjenjuje stupanj trudnoće osiguranice zbog određivanja prava na rodiljni dopust sukladno posebnom zakonu.

1.2.1. Liječenje u kući osigurane osobe

Članak 22.

(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu može ostvariti pravo na liječenje u kući kada njezino zdravstveno stanje zahtijeva takvo liječenje, a ne postoji potreba za bolničkim liječenjem.

(2) Liječenje u kući može se provoditi kao:

– kućna posjeta kod akutnih stanja,

- kućno liječenje,
- pružanje hitne medicinske pomoći u kući osigurane osobe.

(3) Kućno liječenje osigurane osobe iz stavka 2. podstavka 2. ovoga članka može se provoditi samo pod nadzorom izabranog doktora.

1.2.2. Zdravstvena njega u kući osigurane osobe

Članak 23.

(1) Radi ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, u pravilu, kroničnih bolesnika izabrani doktor obiteljske (opće) medicine može propisati provođenje zdravstvene njege u kući osigurane osobe.

(2) Uvjeti i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe utvrđeni su posebnim općim aktom Zavoda o provođenju zdravstvene njege u kući osigurane osobe.

1.2.3. Patronažna zdravstvena zaštita

Članak 24.

(1) U okviru patronažne zdravstvene zaštite osiguranoj osobi pruža se stručna pomoć i njega zbog:

- praćenja stanja poslije porođaja – rodilji i novorođenom djetetu,
- promicanja i očuvanja zdravlja,
- praćenja i očuvanja zdravlja osigurane osobe kod koje postoji povećani rizik za nastanak bolesti.

(2) Uvjeti i način ostvarivanja prava osigurane osobe na patronažnu zdravstvenu zaštitu utvrđeni su posebnim općim aktom Zavoda o provođenju patronažne zdravstvene zaštite.

1.2.4. Hitna medicinska pomoć

Članak 25.

(1) Osigurana osoba ostvaruje pravo na hitnu medicinsku pomoć koja podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje.

(2) Hitnu medicinsku pomoć iz stavka 1. ovoga članka provode zdravstvene ustanove koje imaju sklopljen ugovor sa Zavodom za djelatnost hitne medicine, hitne službe bolničke zdravstvene ustanove, odnosno najbliži doktor medicine.

(3) Hitnu medicinsku pomoć osigurana osoba ostvaruje, u pravilu, bez uputnice, ako ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda nije drukčije propisano.

1.2.5. Sanitetski prijevoz

Članak 26.

(1) Pravo na sanitetski prijevoz radi korištenja zdravstvene zaštite ostvaruje osigurana osoba koja ispunjava uvjete propisane pravilnikom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 19. stavka 2. točke 18. Zakona.

(2) U skladu sa Zakonom, osigurana osoba ima pravo na sanitetski prijevoz do najbližeg ugovornog subjekta Zavoda koji sa Zavodom ima ugovorenu i može pružiti traženu zdravstvenu zaštitu, a ostvaruje ih na osnovi naloga za sanitetski prijevoz izdanog od strane izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite koji je izdao uputnicu za traženu zdravstvenu zaštitu iz članaka 31. i 33. ovoga Pravilnika, odnosno na osnovi izdane potvrde o ortopedskim i drugim pomagalicama i to pod uvjetom da se za realizaciju tog pomagala osiguranoj osobi kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala mora uzeti mjera, odnosno izvršiti proba ortopedskog i drugog pomagala.

(3) Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka obavezan je na nalogu za sanitetski prijevoz naznačiti naziv mjesta sjedišta ugovornog subjekta Zavoda te njegov naziv.

(4) Osigurana osoba koja želi koristiti zdravstvenu zaštitu kod drugog ugovornog subjekta Zavoda, a ne naznačenog na nalogu za sanitetski prijevoz nema pravo ostvariti sanitetski prijevoz na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(5) Iznimno, osigurana osoba koja je radi smanjenja liste čekanja prihvatila od strane izabranog doktora ponudenu mogućnost korištenja tražene zdravstvene zaštite kod ugovornog subjekta Zavoda koji nije najbliži njezinom mjestu prebivališta, odnosno boravišta ima pravo na sanitetski prijevoz na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, a nalog za sanitetski prijevoz izdaje izabrani doktor.

Članak 27.

Pod sanitetskim prijevozom iz članka 26. ovoga Pravilnika podrazumijeva se prijevoz osigurane osobe sanitetskim vozilom:

1. iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta u ugovornu zdravstvenu ustanovu ili ordinaciju ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala, odnosno iz ugovorne zdravstvene ustanove ili ordinacije ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili od ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u mjesto prebivališta, odnosno boravišta,

2. iz jedne ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala,

3. iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta u zdravstvenu ustanovu izvan područja Republike Hrvatske i natrag u skladu s odredbama ovoga Pravilnika i drugim općim aktima Zavoda.

Članak 28.

Potrebu sanitetskog prijevoza utvrđuje:

1. izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite koji izdaje uputnicu za korištenje zdravstvene zaštite iz članaka 31. i 33. ovoga Pravilnika, odnosno na osnovi izdane potvrde o ortopedskim i drugim pomagalicama pod uvjetima utvrđenim u članku 26. stavku 2. ovoga Pravilnika,

2. doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ugovorni doktor privatne prakse kod kojih se osigurana osoba liječi, kao i u slučaju izdavanja potvrde o ortopedskim i drugim pomagalicama pod uvjetima utvrđenim u članku 26. stavku 2. ovoga Pravilnika,

3. doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi koja provodi hitnu medicinu kod kojeg je osigurana osoba u postupku liječenja,

4. nadležna osoba u regionalnom uredu, odnosno Direkciji Zavoda u skladu sa općim aktom Zavoda o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

Članak 29.

(1) Pravo na sanitetski prijevoz osigurana osoba ostvaruje na osnovi ispravno popunjenog naloga za sanitetski prijevoz, koji izdaje i ovjerava:

1. izabrani doktor - u slučaju kad se osiguranu osobu radi korištenja zdravstvene zaštite upućuje iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta u ugovornu zdravstvenu ustanovu ili ordinaciju ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala te na temelju odobrenja liječničkog povjerenstva u slučaju prijevoza osigurane osobe u inozemstvo ili povratka iz inozemstva u skladu s odredbama ovoga Pravilnika i općeg akta Zavoda o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti,

2. doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj se osigurana osoba liječi, odnosno ugovorni doktor privatne prakse – kad se osiguranu osobu iz ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse prevozi u mjesto prebivališta, odnosno boravišta ili kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala te kad se osiguranu osobu upućuje, odnosno premješta iz jedne ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog doktora privatne prakse,

3. nadležna osoba u regionalnom uredu, odnosno Direkciji Zavoda u skladu sa općim aktom Zavoda o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

(2) Iznimno u slučaju kada se osiguranu osobu upućuje na provođenje određenih dijagnostičkih ili drugih postupaka, koji postupci neće rezultirati poboljšanjem njenog zdravstvenog stanja zbog kojeg ispunjava uvjete za sanitetski prijevoz, nalog za sanitetski prijevoz za dolazak i povratak izdaje izabrani doktor koji upućuje osiguranu osobu.

(3) Nalog za sanitetski prijevoz daje se ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe u slučajevima kad se:

1. osiguranu osobu prevozi iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog doktora privatne prakse ili kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala, odnosno kad se osiguranu osobu prevozi iz ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse ili od ugovornog isporučitelja ortopedski i drugih pomagala u mjesto prebivališta, odnosno boravišta,

2. osiguranu osobu premješta iz ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse u ugovornu bolničku ustanovu za liječenje akutnih bolesti odnosno ugovornu bolničku ustanovu za liječenje kroničnih bolesti koja je najbliža mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravišta,

3. osiguranu osobu prevozi na liječenje u inozemstvo, odnosno kad se osiguranu osobu prevozi s liječenja u inozemstvu u mjesto prebivališta, odnosno boravišta.

(4) Nalog za sanitetski prijevoz daje se ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza prema sjedištu ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse u slučajevima kad se:

1. osiguranu osobu iz te ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse upućuje u drugu zdravstvenu ustanovu ili ordinaciju ugovornog doktora privatne prakse radi obavljanja terapijskih i dijagnostičkih postupaka, kao i u slučaju kada se osiguranu osobu nakon obavljenih terapijskih i dijagnostičkih postupaka vraća u tu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog doktora privatne prakse,

2. osiguranu osobu premješta iz ugovorne bolničke ustanove za liječenje akutnih bolesti u ugovornu bolničku ustanovu za liječenje kroničnih bolesti,

3. osiguranu osobu premješta iz jedne ugovorne bolničke ustanove za liječenje akutnih bolesti u drugu ugovornu bolničku ustanovu za liječenje akutnih bolesti koja nije najbliža mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe,

4. osiguranu osobu premješta iz ugovorne bolničke ustanove za liječenje kroničnih bolesti u ugovornu bolničku ustanovu za liječenje akutnih bolesti,

5. osiguranu osobu iz inozemstva prevozi u ugovornu zdravstvenu ustanovu u Republici Hrvatskoj zbog nastavka liječenja, odnosno u koju se osoba vraća nakon liječenja u inozemstvu.

(5) Doktor ugovorne zdravstvene ustanove, doktor privatne prakse, odnosno nadležna osoba Zavoda koja je u skladu sa stavkom 1. ovoga članka obvezna izdati nalog za sanitetski prijevoz obvezni su za osiguranu osobu dogovoriti, odnosno kod ugovornog subjekta Zavoda iz stavka 3. i 4. ovoga članka naručiti prijevoz sanitetskim vozilom.

(6) Tiskanica naloga za sanitetski prijevoz (jednokratni i višekratni) iz stavka 1. i 2. ovoga članka i tiskanica naloga za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu sastavni su dio ovoga Pravilnika.

1.2.6. Laboratorijska dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite

Članak 30.

(1) Laboratorijska dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite ostvaruje se na osnovi uputnice izabranog doktora obiteljske (opće) medicine, pedijatra i ginekologa izdane na tiskanici uputnice za primarni laboratorij ili uputnice ispostavljene elektroničkim putem kao elektronička isprava sukladno Zakonu o elektroničkoj ispravi (u daljnjem tekstu: e-uputnica za primarni laboratorij).

(2) Tiskanica uputnice za primarni laboratorij veličine je 21 cm x14,5 cm (format A-5), a oblik i sadržaj otisnut je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

(3) Tiskanica e-uputnice za primarni laboratorij izrađena na osnovi elektroničkog zapisa (vanjski obrazac prikaza e-uputnice za primarni laboratorij) mora sadržavati sve podatke kao i tiskanica uputnice iz stavka 2. ovog članka.

(4) E-uputnicu za primarni laboratorij, otisnutu prema vanjskom obrascu iz stavka 3. ovoga članka, ne može se koristiti za ostvarivanje prava na laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite, a izdaje se osiguranoj osobi samo na njezin zahtjev radi provedbe upravnih i drugih postupaka vezanih uz ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

1.3. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

Članak 31.

(1) Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, koja se sastoji od konzilijarne zdravstvene zaštite i specijalističke zdravstvene zaštite osigurana osoba ostvaruje, u pravilu, u najbližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod najbližeg ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse prema mjestu svog prebivališta, odnosno boravišta, koji sa Zavodom ima ugovorenu i osiguranoj osobi može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu.

(2) Konzilijarna zdravstvena zaštita iz stavka 1. ovoga članka obuhvaća:

- konzilijarni pregled osigurane osobe kojim se utvrđuje dijagnoza bolesti osnovom provedene obrade

- kontrolni konzilijarni pregled

- dijagnostičku pretragu

- stručno-medicinsko mišljenje o već utvrđenoj dijagnozi bolesti, preporučenoj terapiji ili dijagnostičkoj pretrazi/pretragama (drugo mišljenje)

- stručno-medicinsko mišljenje na upit doktora primarne zdravstvene zaštite vezano uz povijest bolesti ili otpusno pismo osigurane osobe (konzultacija).

(3) Specijalistička zdravstvena zaštita iz stavka 1. ovoga članka obuhvaća:

- pregled i cjelovitu obradu u specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti

- pregled i obradu kroz objedinjeni hitni bolnički prijam, odnosno hitne specijalističke ambulante u bolničkim zdravstvenim ustanovama

- cjelovitu prije operativnu obradu za nepokretne i/ili teško pokretne osigurane osobe.

Članak 32.

Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalnoj medicini i rehabilitaciji u kući osigurana osoba ostvaruje na način i pod uvjetima utvrđenim posebnim općim aktom Zavoda o medicinskoj rehabilitaciji i fizikalnoj medicini.

1.4. Bolnička zdravstvena zaštita

Članak 33.

(1) Bolničku zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje u ugovornim bolničkim ustanovama za liječenje bolesnika oboljelih od akutnih, subakutnih i kroničnih bolesti, u pravilu, u najbližoj ugovornoj bolničkoj ustanovi prema mjestu svojeg prebivališta, odnosno boravišta koje sa Zavodom imaju ugovorenu i mogu pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu.

(2) Bolnička zdravstvena zaštita obuhvaća:

- bolničko liječenje koje uključuje dijagnostičke postupke, liječenje i/ili rehabilitaciju koja se ne može provesti ambulantno,

- liječenje u dnevnoj bolnici u okviru koje se provode kirurški zahvati tijekom jednog dana, liječenje kojem može prethoditi ili iz kojeg može proizaći dijagnostika, a koje dnevno, u pravilu, traje duže od 6 sati i kraće od 24 sata,

- ambulantno liječenje u okviru kojeg se provode mali kirurški zahvati, višednevna ili ponavljajuća liječenja prema unaprijed određenoj proceduri, kao i aplikacija ponavljajuće terapije kroz duže razdoblje, a koje dnevno, u pravilu, traje kraće od 6 sati.

Članak 34.

Osigurane osobe koje boluju od kroničnih bolesti bolničku zdravstvenu zaštitu ostvaruju u ugovornim specijalnim bolnicama za liječenje: duševnih bolesti, plućnih bolesti, bolesti djece s trajnim psihofizičkim smetnjama, te fizikalnom medicinom i medicinskom rehabilitacijom.

Članak 35.

Pravo na bolničku medicinsku rehabilitaciju u ugovornoj specijalnoj bolničkoj zdravstvenoj ustanovi za medicinsku rehabilitaciju i fizikalnu medicinu osigurana osoba ostvaruje kao nastavak bolničkog liječenja ili na osnovi uputnice izabranog doktora na način i pod uvjetima utvrđenim posebnim općim aktom Zavoda o bolničkoj medicinskoj rehabilitaciji i fizikalnoj medicini.

1.4.1. Pravo na smještaj uz dijete na bolničkom liječenju

Članak 36.

(1) Pravo na cjelodnevni smještaj uz dijete, koje se nalazi na bolničkom liječenju u smislu članka 33. ovoga Pravilnika, ovisno o odgovarajućim smještajnim kapacitetima ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi ostvaruje osigurana osoba:

– majka djeteta - pod uvjetom da je jedina prehrana djeteta majčino mlijeko, odnosno da postoji potreba dojenja djeteta, što utvrđuje izabrani doktor djeteta, odnosno doktor ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi,

– jedan od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju – pod uvjetom da o tome posjeduje odgovarajuće rješenje nadležnog tijela, odnosno nalaz i mišljenje nadležnog tijela vještačenja u skladu sa posebnim propisima, a na prijedlog odjelnog doktora ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi.

(2) Pravo iz stavka 1. ovoga članka ostvaruje se na osnovi uputnice za bolničko liječenje djeteta na kojoj izabrani doktor djeteta, odnosno doktor ugovorne bolničke zdravstvene ustanove naznačuje potrebu cjelodnevnog smještaja majke uz dijete radi potrebe dojenja, odnosno na kojoj izabrani doktor djeteta naznačuje potrebu cjelodnevnog smještaja jednog od roditelja za vrijeme bolničkog liječenja djeteta.

(3) Na uputnicu iz stavka 2. ovoga članka pod rubrikom »Molim, traži se ___« izabrani doktor, odnosno odjelni doktor ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi obvezno upisuje tekst: »cjelodnevni smještaj majke uz dijete zbog dojenja« ili »cjelodnevni smještaj roditelja djeteta s teškoćama u razvoju«.

(4) Osigurana osoba – jedan od roditelja djeteta mlađeg od 5 godina života te jedan od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju iz stavka 1. ovoga članka, a na prijedlog odjelnog doktora ugovorne bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se dijete liječi ima pravo na dnevni smještaj uz dijete, koje se nalazi na bolničkom liječenju u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi za liječenje djece oboljele od akutnih bolesti. Pravo na dnevni smještaj ostvaruje se na osnovi uputnice izabranog doktora djeteta na kojoj izabrani doktor pod rubrikom: »Molim traži se ___« upisuje: »dnevni smještaj uz dijete« .

(5) Roditelj djeteta s teškoćama u razvoju ostvaruje pravo na smještaj uz dijete iz stavka 1. ovog članka i dnevni smještaj iz stavka 4. ovoga članka bez obzira na dob djeteta.

(6) Osigurana osoba – jedan od roditelja djeteta mlađeg od 18 godina, oboljelog od maligne ili srodne bolesti koja neposredno ugrožava život, koje se nalazi na bolničkom liječenju u ugovornoj bolničkoj zdravstvenoj ustanovi (klinički bolnički centar, klinička bolnica, klinika) koja liječi djecu oboljelu od malignih ili srodnih bolesti koje neposredno ugrožavaju život ima pravo, ovisno o smještajnim kapacitetima ugovorne bolničke zdravstvene ustanove, na cjelodnevni smještaj uz dijete za vrijeme bolničkog liječenja djeteta, a na osnovi iste uputnice kojom je dijete upućeno na bolničko liječenje.

(7) U slučaju da ugovorna bolnička zdravstvena ustanova iz stavka 6. ovog članka nema smještajnih kapaciteta, roditelj djeteta ostvaruje pravo na naknadu troškova smještaja do maksimalnog iznosa po danu u visini neoporezivog iznosa dnevnice za službeno putovanje u zemlji (za mjesto udaljeno najmanje 30 kilometara i koje službeno putovanje traje više od 12 sati dnevno) utvrđene Pravilnikom o porezu na dohodak.

(8) Osigurana osoba koja ostvaruje pravo na smještaj uz dijete iz stavka 1., 4. i 6. ovoga članka nije obvezna sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, a osiguranik koji u skladu s odredbama Zakona može ostvariti pravo na naknadu plaće za vrijeme korištenja tog prava ima pravo na naknadu plaće na ime privremene spriječenosti za rad zbog njege osigurane osobe-djeteta.

Članak 37.

(1) Pravo na cjelodnevni smještaj uz dijete u ugovornoj specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju može ostvariti osigurana osoba – jedan od roditelja djeteta s posebnim zdravstvenim potrebama, odnosno osoba koja o njemu skrbi, a određena je za pratitelja djeteta u skladu s člankom 64. stavkom 2. Zakona.

(2) Pravo iz stavka 1. ovoga članka ostvaruje se na osnovi uputnice iz članka 36. stavka 2. ovoga Pravilnika.

(3) Osigurana osoba koja ostvaruje pravo na smještaju uz dijete iz stavka 1. ovoga članka nije obvezna sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, a osiguranik koji u skladu s odredbama Zakona može ostvariti pravo na naknadu plaće, za vrijeme korištenja tog prava ima pravo na naknadu plaće na ime privremene spriječenosti za rad zbog njege osigurane osobe-djeteta.

Članak 38.

(1) Ugovorna bolnička ustanova obvezna je nakon obavljenog bolničkog liječenja izdati osiguranoj osobi otpusno pismo i osobni račun.

(2) Osigurana osoba obvezna je javiti se s otpusnim pismom iz stavka 1. ovoga članka svom izabranom doktoru odmah, a najkasnije u roku od tri dana.

1.5. Uputnica za specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu

Članak 39.

(1) Osigurana osoba specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu iz članka 31. stavka 2. i 3. ovoga Pravilnika te bolničku zdravstvenu zaštitu iz članka 33. stavka 2. ovoga Pravilnika ostvaruje na osnovi izdane uputnice, a samo iznimno u slučajevima pružanja hitne medicinske pomoći iz članka 25. ovoga Pravilnika bez uputnice.

(2) Posebnim općim aktom Zavoda utvrđuju se pojedini oblici zdravstvene zaštite koja se ostvaruje osnovom izdane uputnice iz stavka 1. ovoga članka, sa opisom postupaka koje ta zdravstvena zaštita uključuju i rokovima važenja izdane uputnice.

Članak 40.

(1) Uputnicu za specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite:

- obiteljske (opće) medicine
- pedijatar
- ginekolog
- dentalne medicine.

(2) O potrebi upućivanja na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu osim izabranog doktora iz stavka 1. ovoga članka odlučuje doktor specijalist školske medicine, doktor specijalist epidemiolog, odnosno doktor specijalist javnog zdravstva.

Članak 41.

(1) Tiskanica uputnice iz članka 39. stavka 1. ovoga Pravilnika veličine je 21 cm x 14,5 cm (format A- 5), a njezin oblik i sadržaj otisnut je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

(2) Traženi podaci u tiskanici uputnice moraju se upisati čitljivo, tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.

(3) Osigurana osoba specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu osim putem tiskanice uputnice iz stavka 1. ovoga članka ostvaruje i na osnovi uputnice ispostavljene elektroničkim putem kao elektronička isprava u skladu sa Zakonom o elektroničkoj ispravi (u daljnjem tekstu: e-uputnica).

(4) Tiskanica e-uputnice proizvedena iz elektroničkog zapisa (vanjski obrazac prikaza e- uputnice) mora sadržavati sve podatke kao i tiskanica uputnice iz stavka 1. ovoga članka.

(5) E-uputnica otisnuta prema vanjskom obrascu iz stavka 4. ovoga članka ne može se koristiti za ostvarivanje prava na specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu u ugovornim zdravstvenim ustanovama i ugovornim ordinacijama privatne prakse, a izdaje se osiguranoj osobi na njezin zahtjev radi provedbe upravnih i drugih postupaka vezanih uz ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

1.6. Ortopedska i druga pomagala

Članak 42.

Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu ostvaruje pravo na ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom pomagala pod uvjetima i na način propisan Zakonom i posebnim općim aktom Zavoda o ortopedskim i drugim pomagalima.

1.7. Dentalna pomagala i ortodontske naprave

Članak 43.

(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu ima pravo na dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda pod uvjetima i na način propisan Zakonom i posebnim općim aktom Zavoda o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti.

(2) Osigurana osoba do navršene 18. godine života može ostvariti pravo na ortodontsku terapiju pod uvjetima propisanim općim aktom Zavoda iz stavka 1. ovoga članka.

1.8. Pravo na lijekove

Članak 44.

(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu ima pravo na lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, pod uvjetima i na način propisan Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda.

(2) Osigurana osoba ima pravo u cijelosti na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti lijekove s osnovne liste lijekova ako su joj na osnovi propisanih medicinskih indikacija propisani na recept u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

(3) Na osnovi propisanih medicinskih indikacija osigurana osoba ima pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti i lijekove s dopunske liste lijekova, ali do visine cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova u skladu s člankom 20. stavkom 4. Zakona.

(4) Lijekovi utvrđeni dopunskom listom lijekova mogu se osiguranoj osobi propisati na recept, odnosno primijeniti u liječenju samo uz njezin pristanak pri čemu osigurana osoba mora biti upoznata o svojoj obvezi sudjelovanja u cijeni lijeka u visini utvrđenoj dopunskom listom lijekova.

(5) Osigurana osoba koja je mimo postupaka utvrđenih ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda kupila lijekove s osnovne liste lijekova i dopunske liste lijekova nema pravo osnovom postavljenog zahtjeva na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti pravo na povrat tih troškova osim u slučaju iz članka 88. ovoga Pravilnika.

2. Novčane naknade

2.1. Naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti/spriječenosti za rad

Članak 45.

Osiguraniku za vrijeme privremene nesposobnosti/spriječenosti za rad (u daljnjem tekstu: privremena nesposobnost) pripada pravo na naknadu plaće u slučajevima, pod uvjetima i na način propisan Zakonom i ovim Pravilnikom.

Članak 46.

(1) Naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti pripada osiguraniku – radniku od prvog dana utvrđene privremene nesposobnosti, a osiguraniku koji obavlja gospodarsku djelatnost, odnosno samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost od 43. dana privremene nesposobnosti.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka kad se naknada plaće u skladu s odredbama Zakona isplaćuje od prvog dana privremene nesposobnosti na teret sredstava Zavoda, osiguraniku koji obavlja gospodarsku djelatnost, odnosno samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost ona pripada od prvog dana privremene nesposobnosti.

Članak 47.

Naknadu plaće iz članka 39. točke 1. i 2. Zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac osiguranika u skladu s člankom 40., odnosno člankom 41. Zakona i to:

1. za prvih 7 (za invalide rada), odnosno 42 dana privremene nesposobnosti, a u slučaju rada osiguranika u inozemstvu za sve vrijeme dok se osiguranik nalazi u trećoj državi – na teret poslodavca, ako Zakonom nije drukčije propisano.

2. od 8., odnosno 43. dana privremene nesposobnosti nadalje – na teret sredstava Zavoda ako Zakonom nije drukčije propisano.

Članak 48.

(1) Osiguraniku kojemu je prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti za koju je u skladu sa Zakonom ostvarivao naknadu plaće, pripada pravo na nastavak isplate naknade plaće i nakon prestanka radnog odnosa, odnosno nakon prestanka obavljanja djelatnosti osobnim radom pod uvjetima utvrđenim člankom 51. Zakona.

(2) Isplatu naknade plaće iz stavka 1. ovoga članka izvršit će Zavod neposredno osiguraniku na temelju dostavljenog izvješća o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad te potvrdi o plaći ili na osnovi podataka o plaći kojima raspolaže Zavod.

Članak 49.

(1) Naknadu plaće prema odredbama Zakona i ovoga Pravilnika obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac, osim u slučajevima iz članka 39. točke 3., 6., 7., 8. i 9. Zakona kad naknadu plaće obračunava i isplaćuje Zavod, ako posebnim sporazumom između Zavoda i poslodavca nije drukčije određeno.

(2) Kod rješavanja zahtjeva poslodavca iz stavka 1. ovoga članka za povrat isplaćene naknade plaće, koja tereti sredstva Zavoda, odnosno državnog proračuna Zavod postupa u skladu sa Zakonom.

(3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovoga članka poslodavac je obavezan priložiti tiskanicu – potvrda o plaći i tiskanicu – izvješće o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad te dokumentaciju o izvršenim isplatama naknada plaće.

(4) Iznimno, u slučaju stečajnog postupka poslodavca ili prestanka postojanja poslodavca, odnosno kad poslodavac nije u mogućnosti zbog nelikvidnosti isplatiti plaću, odnosno naknadu plaće za najmanje dva kalendarska mjeseca, naknadu plaće zbog privremene nesposobnosti iz članka 39. točke 1. i 2. Zakona kad se naknada plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda, te članka 39. točke 4. i 5. Zakona, isplatit će Zavod neposredno osiguraniku.

(5) U slučaju stečajnog postupka ili nelikvidnosti poslodavca iz stavka 4. ovoga članka poslodavac je obavezan izvršiti obračun naknade plaće za osiguranika te potonji uz dokaz o pokrenutom stečajnom postupku ili nelikvidnosti i uz pisanu izjavu osiguranika o broju tekućeg računa na koji želi da mu se izvrši isplata, dostaviti Zavodu radi isplate naknade plaće koja tereti sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja.

(6) Osiguranik koji obavlja gospodarsku djelatnost, odnosno samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost uz zahtjev za isplatu naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti obavezan je priložiti izvješće o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad te dokaz da je podmirio sve dospjele obveze doprinosa.

Članak 50.

(1) Osiguraniku koji je upućen na rad u drugu državu EU naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti koja tereti sredstva Zavoda, odnosno državnog proračuna isplaćuje

poslodavac, odnosno Zavod za sve vrijeme dok privremena nesposobnost traje, bez obveze da se osiguranik radi nastavka isplate naknade plaće vrati u Republiku Hrvatsku.

(2) Osiguraniku koji je upućen na rad u ugovornu državu ili treću državu naknada plaće pripada u skladu s odredbama Zakona i ovoga Pravilnika s time da se isplaćuje na teret sredstava Zavoda, odnosno državnog proračuna samo za vrijeme njegovog boravka u Republici Hrvatskoj, osim u slučajevima korištenja roditeljskog dopusta i dopusta za slučaj smrti djeteta iz članka 39. točke 7. i 8. Zakona kada se naknada plaće isplaćuje i za vrijeme boravka izvan Republike Hrvatske.

Članak 51.

(1) Osiguraniku koji se nalazi u pritvoru, odnosno na izdržavanju kazne zatvora ili u ustanovi zbog provođenja mjera obveznog čuvanja i liječenja ne pripada pravo na naknadu plaće.

(2) Osiguraniku koji je privremeno u skladu s odredbama Zakona o radu udaljen s rada ne pripada pravo na naknadu plaće ako mu je za vrijeme dok je udaljen s rada utvrđena privremena nesposobnost.

2.2. Naknada plaće zbog njege člana obitelji

Članak 52.

(1) Osiguranik ima pravo na naknadu plaće zbog njege djeteta i supružnika (bračnog i izvanbračnog) i to za svaku utvrđenu bolest u trajanju propisanom člankom 45. Zakona.

(2) Uvjete za ostvarivanje prava na naknadu plaće propisane člankom 45. stavkom 7. Zakona osiguranik iz stavka 1. ovoga članka dokazuje svojom pisanom izjavom kojom pod materijalnom i kaznenom odgovornošću potvrđuje da živi sam sa djetetom, da istodobno ne koristi pravo na naknadu plaće, odnosno novčanu naknadu za drugo dijete, da nema priznato pravo na status roditelja njegovatelja za drugo dijete, a činjenica zaposlenosti drugog roditelja utvrđuje se provjerom statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju u evidenciji osiguranih osoba Zavoda, koja evidencija je dostupna svim izabranim doktorima primarne zdravstvene zaštite.

(3) Izjavu iz stavka 2. ovoga članka kojom roditelj potvrđuje da ispunjava uvjete propisane člankom 45. stavkom 7. Zakona čuva izabrani doktor obiteljske (opće) medicine.

(4) Iznimno od uvjeta propisanih člankom 45. stavkom 7. Zakona, osiguraniku se može odobriti njega osigurane osobe-djeteta te može ostvariti pravo na naknadu plaće zbog njege osigurane osobe-djeteta u slučaju kada je drugi roditelj djeteta nezaposlen ili umirovljenik ako taj roditelj zbog svog psihofizičkog stanja nije sposoban njegovati bolesno dijete.

(5) Nesposobnost njege djeteta iz stavka 4. ovoga članka dokazuje se potvrdom koju izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite drugog roditelja.

(6) Pravo na naknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka ne pripada osiguraniku za vrijeme dok se nalazi na godišnjem odmoru, odnosno plaćenom dopustu.

(7) Zdravstveno stanje osigurane osobe-djeteta iznad 18 godina života ili supružnika zbog kojega se može odrediti njega iz članka 45. stavka 5. Zakona utvrđuje izabrani doktor obiteljske (opće) medicine osiguranika na osnovi medicinske dokumentacije izabranog doktora obiteljske (opće) medicine člana obitelji za kojeg se određuje njega.

2.3. Naknada plaće zbog trudnoće i poroda

Članak 53.

Pravo na naknadu plaće za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta i dopusta za slučaj smrti djeteta iz članka 39. točke 7. i 8. Zakona pripada osiguraniku u visini, na način i u trajanju kako je to propisano Zakonom, Zakonom o roditeljnim i roditeljskim potporama te ovim Pravilnikom.

2.4. Novčana naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova na osnovi kojih se ostvaruju primitci od kojih se utvrđuje drugi dohodak prema propisima o porezu na dohodak

Članak 54.

(1) Osoba koja je status osiguranika stekla u skladu s člankom 8. Zakona ostvaruje pravo na novčanu naknadu prema člancima 57. do 60. Zakona pod uvjetom da je privremeno nesposobna za obavljanje ugovorenih poslova zbog bolesti koju utvrđuje liječničko povjerenstvo Zavoda.

(2) Pravo na novčanu naknadu iz stavka 1. ovoga članka osiguranik ostvaruje u postupku i na način propisan ovim Pravilnikom.

Članak 55.

(1) O pravu na novčanu naknadu zbog privremene nesposobnosti iz članka 54. stavka 1. ovoga Pravilnika Zavod odlučuje rješenjem po prethodno pribavljenom nalazu, mišljenju i ocjeni liječničkog povjerenstva Zavoda, a na osnovi pisanog zahtjeva osiguranika koji podnosi regionalnom uredu, odnosno područnoj službi Zavoda nadležnima prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta.

(2) Uz zahtjev iz stavka 1. ovoga članka osiguranik je obavezan priložiti:

1. povijest bolesti koju je izdao izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite ne stariju od 3 dana,

2. medicinsku dokumentaciju o nastaloj bolesti,

3. ugovor o djelu ili drugi pravni akt o stjecanju primitaka na koje se plaća doprinos za obvezna osiguranja,

4. potvrdu (potvrde) pravne ili fizičke osobe o novčanom primitku (primitcima) koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupila nemogućnost osiguranika za obavljanje poslova na osnovi kojih se ostvaruju primitci, uz naznaku iznosa i datuma isplate,

5. potvrdu pravne ili fizičke osobe o prekidu ili neizvršenju ugovorenog posla zbog bolesti osiguranika.

(3) Osiguranik je obavezan zahtjev iz stavka 1. ovoga članka podnijeti u roku od 3 dana od dana nastanka bolesti, odnosno u roku od 3 dana od dana prestanka razloga u svezi s njegovim zdravstvenim stanjem koji su ga u tome onemogućili.

(4) Na osnovi zahtjeva osiguranika i priložene dokumentacije iz stavka 2. točke 1. do 3. ovoga članka nadležni regionalni ured, odnosno područna služba Zavoda upućuje osiguranika liječničkom povjerenstvu Zavoda zbog utvrđivanja privremene nesposobnosti, a

osiguranik je obavezan javiti se liječničkom povjerenstvu odmah, odnosno najkasnije u roku od 3 dana.

Članak 56.

(1) Liječničko povjerenstvo Zavoda nalaz, mišljenje i ocjenu donosi na osnovi dokumentacije iz članka 55. stavka 4. ovoga Pravilnika i pregleda osiguranika.

(2) Nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničko povjerenstvo Zavoda utvrđuje početak, trajanje, odnosno prestanak privremene nesposobnosti osiguranika za obavljanje ugovorenih poslova, određujući pri tome da li je nastala bolest od utjecaja na obavljanje ugovorenih poslova s obzirom na vrstu posla te rok njegovog izvršenja.

(3) Osiguraniku koji nije podnio zahtjev u roku iz članka 55. stavka 3. ovoga Pravilnika, odnosno koji se nije javio liječničkom povjerenstvu Zavoda u roku iz članka 55. stavka 4. ovoga Pravilnika, liječničko povjerenstvo Zavoda može utvrditi početak privremene nesposobnosti najviše za 6 dana koji prethode danu donošenja nalaza, mišljenja i ocjene.

Članak 57.

Rješenjem iz članka 55. stavka 1. ovoga Pravilnika, kojim se osiguraniku priznaje pravo na novčanu naknadu za vrijeme privremene nesposobnosti, obvezno se rješava o iznosu novčane naknade i razdoblju za koje mu pripada, uz navođenje osnovice i postotka na osnovi kojih je izračunata te oznake nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva Zavoda o privremenoj nesposobnosti osiguranika.

Članak 58.

Novčana naknada iz članka 54. ovoga Pravilnika, koja osiguraniku pripada zbog privremene nesposobnosti, obračunava se kao prosječna dnevna naknada izračunata na osnovi šestodnevno radnog tjedna.

Članak 59.

(1) Osnovicu za utvrđivanje novčane naknade iz članka 54. ovoga Pravilnika čini prosječni mjesečni iznos primitaka umanjениh za doprinose iz osnovice, porez i prirez koji su osiguraniku isplaćeni u posljednjih šest mjeseci koji prethode mjesecu u kojem je nastupila privremena nesposobnost osiguranika, s tim da prosječni mjesečni iznos primitka ne može biti niži od najniže mjesečne osnovice za obračun doprinosa važeće za mjesec tog šestomjesečnog razdoblja nakon umanjения doprinosa iz osnovice, poreza i prireza.

(2) Prosječni mjesečni iznos primitaka iz stavka 1. ovoga članka utvrđuje se na način da se ukupni primitci isplaćeni u šestomjesečnom razdoblju zbroje i podijele sa 6, neovisno da li je u tom razdoblju isplaćen jedan ili više primitaka.

(3) Pravo na novčanu naknadu iz stavka 1. ovoga članka osiguranik može ostvariti samo pod uvjetom da su mu ukupni primitci iz stavka 2. ovoga članka isplaćeni najmanje u visini šestomjesečne minimalne osnovice osiguranja prema kojoj se plaća doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje u skladu s člankom 8. Zakona.

Članak 60.

(1) Visina novčane naknade iz članka 54. ovoga Pravilnika iznosi 70% od osnovice za naknadu utvrđene u skladu s člankom 59. ovoga Pravilnika, s time da tako utvrđena novčana naknada ne može iznositi više od najvišeg iznosa mjesečne naknade plaće utvrđene prema članku 55. stavku 3. Zakona.

(2) Novčanu naknadu iz stavka 1. ovoga članka osiguraniku obračunava i isplaćuje od prvog dana Zavod na teret svojih sredstava.

Članak 61.

Novčana naknada iz članka 54. ovoga Pravilnika osiguraniku pripada za sve vrijeme trajanja privremene nesposobnosti, ali ne duže od šest mjeseci neprekidno, odnosno 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.

2.5. Naknada troškova prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 62.

(1) Osiguranoj osobi u skladu s odredbama Zakona i ovoga Pravilnika pripada pravo na naknadu troškova prijevoza ako je zbog korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja upućena iz mjesta svoga prebivališta, odnosno boravišta (u daljnjem tekstu: mjesto polaska) u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ili ugovornom isporučitelju ortopedskih i drugih pomagala u drugo mjesto (u daljnjem tekstu: mjesto upućivanja), odnosno koja je pozvana od strane Zavoda u predmetu utvrđivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: mjesto poziva) pod sljedećim uvjetima:

1. da je udaljenost od mjesta polaska do mjesta upućivanja, odnosno mjesta poziva 50 i više kilometara,

2. da u bližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse nema ugovorene djelatnosti za traženu vrstu zdravstvene zaštite, odnosno da bliži ugovorni isporučitelj ortopedskih i drugih pomagala nema ugovorenu isporuku tražene vrste pomagala,

3. da u bližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse, unatoč ugovorenoj zdravstvenoj djelatnosti, osigurana osoba ne može ostvariti traženu zdravstvenu zaštitu u primjerenom roku s obzirom na svoje zdravstveno stanje,

4. da ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza iz članka 62. stavka 1. Zakona,

5. da je doktor medicine, odnosno dentalne medicine, odnosno ovlaštena osoba Zavoda potvrdio/potvrdila na tiskanici putnog naloga da je izvršio traženi pregled, dijagnostičku pretragu ili postupak, odnosno da se je pozvana osigurana osoba pristupila organizacionoj jedinici područne službe, odnosno regionalnog ureda Zavoda radi ostvarivanja određenog prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno da je ugovorni isporučitelj ortopedskih i drugih pomagala na tiskanici putnog naloga potvrdio da je izvršio uslugu uzimanja mjere za pomagalo ili isporuku, odnosno popravak pomagala.

(2) U slučaju iz stavka 1. ovoga članka kada je pozvana osigurana osoba pristupila organizacionoj jedinici područne službe, odnosno regionalnog ureda Zavoda radi ostvarivanja određenog prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja popunjava joj se i ovjerava tiskanica putnog naloga.

Članak 63.

(1) Osigurana osoba u skladu sa Zakonom ima pravo na naknadu troškova prijevoza do najbližeg ugovornog subjekta Zavoda koji sa Zavodom ima ugovorenu i može pružiti odgovarajuću zdravstvenu zaštitu osiguranoj osobi sukladno njezinom zdravstvenom stanju, a ostvaruje ih na osnovi putnog naloga izdanog od izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite koji je izdao uputnicu za traženu zdravstvenu zaštitu, odnosno ovlaštenog radnika Zavoda za ostvarivanje prava na ortopedska i druga pomagala u skladu s posebnim općim aktom Zavoda o ortopedskim i drugim pomagalima te kada je pozvana od strane Zavoda vezano uz ostvarivanje određenog prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovim Pravilnikom.

(2) Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlašteni radnik Zavoda iz stavka 1. ovoga članka obavezan je na putnom nalogu naznačiti naziv mjesta sjedišta ugovornog subjekta Zavoda te njegov naziv kao i mjesto sjedišta te naziv ustrojstvene jedinice Zavod u koju je osigurana osoba pozvana.

(3) Osigurana osoba koja koristi zdravstvenu zaštitu kod drugog ugovornog subjekta Zavoda, a ne naznačenog na putnom nalogu nema pravo na naknadu troškova prijevoza.

Članak 64.

(1) Pod troškovima prijevoza iz članka 62. ovoga Pravilnika podrazumijevaju se troškovi prijevoza javnim prijevoznim sredstvima gradskog, međugradskog, odnosno međunarodnog prometa po najnižoj cijeni i prema najkraćoj relaciji prema službenom daljinomjeru javnog prijevoznika.

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

(3) Osigurana osoba kojoj je na osnovi ocjene liječničkog povjerenstva iz stavka 2. ovoga članka odobreno skuplje prijevozno sredstvo ima pravo na naknadu troškova u visini najniže cijene putne karte odobrenog prijevoznog sredstva, a za zrakoplov u visini najniže cijene zrakoplovne karte za ekonomsku klasu.

Članak 65.

Naknada troškova prijevoza pripada i za prijevoz posmrtnih ostataka osigurane osobe koja je zdravstvenu zaštitu koristila u smislu odredbi članka 63. Zakona i to u visini stvarnih troškova.

Članak 66.

(1) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik, pod uvjetom da ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza propisane općim aktom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 26. ovoga Pravilnika, ima na ime troškova prijevoza pravo na novčanu naknadu u visini utvrđenoj u stavku 2., 3. i 4. ovoga članka.

(2) Osigurana osoba koja zbog hemodijalize koristi prijevoz na području grada ili mjesta prebivališta, odnosno boravišta gdje postoji organizirani javni prijevoz ima pravo na paušalnu novčanu naknadu u visini dvostrukog iznosa najniže cijene mjesečne pokazne karte pod uvjetom da udaljenost od adrese stanovanja i adrese zdravstvene ustanove u kojoj provodi hemodijalizu iznosi 500 i više metara.

(3) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi na području grada ili mjesta prebivališta, odnosno boravišta gdje ne postoji organiziran javni prijevoz ima pravo na paušalnu naknadu u visini dvostrukog iznosa najniže cijene mjesečne pokazne karte najbližeg mjesta, odnosno grada u kojem postoji mogućnost korištenja takve karte pod uvjetom da udaljenost od adrese stanovanja i adrese zdravstvene ustanove u kojoj provodi hemodijalizu iznosi 500 i više metara.

(4) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi na području grada ili mjesta koje je izvan mjesta njezinog prebivališta, odnosno boravišta uz iznos novčane naknade utvrđene u članku 64. stavku 1. ovoga Pravilnika ima pravo i na paušalni novčani iznos u visini najniže cijene mjesečne pokazne karte u skladu sa stavkom 2. i 3. ovoga članka ovisno o organiziranosti javnog prijevoza.

Članak 67.

Iznimno od članka 64. ovoga Pravilnika, ako od mjesta polaska do mjesta upućivanja ne prometuje javno prijevozno sredstvo, osiguranoj osobi u cijelosti će se priznati na ime troškova prijevoza pravo na novčanu naknadu u visini najniže cijene javnog prijevoznog sredstva za relaciju na kojoj prometuje javno prijevozno sredstvo, kao i iznos novčane naknade u visini od 20% cijene litre eurosupera 95 oktana po prijeđenom kilometru za relaciju kojom ne prometuje javno prijevozno sredstvo, a prema službenim podacima o udaljenosti između mjesta polaska do najbližeg mjesta od kojeg prometuje javno prijevozno sredstvo.

Članak 68.

(1) Osigurana osoba koju je kao hitan slučaj potrebno prevesti u ugovornu zdravstvenu ustanovu ili ugovornu ordinaciju privatne prakse zbog bolesti ili ozljede, odnosno porođajnih trudova, a koja je zbog nemogućnosti korištenja vozila hitne medicine morala koristiti prijevoz osobnim vozilom ili autotaksi službu, ima pravo na naknadu troškova prijevoza ako doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ugovornoj ordinaciji privatne prakse koji je pružio zdravstvenu zaštitu potvrdi da je takav prijevoz bio nužan.

(2) Naknada troškova prijevoza iz stavka 1. ovoga članka priznaje se osiguranoj osobi u visini cijene prijevoza auto-taksi službe, odnosno kada je prijevoz izvršen osobnim vozilom u visini od 20% cijene litre eurosupera 95 oktana po prijeđenom kilometru.

Članak 69.

(1) Pravo na naknadu troškova prijevoza ima i jedna osoba koju je izabrani doktor odredio za pratitelja osigurane osobe, pod uvjetom da osigurana osoba kojoj je određen pratitelj ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza propisane općim aktom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 26. ovoga Pravilnika i to pod istim uvjetima kao i osigurana osoba za čijeg je pratitelja određena.

(2) Pravo na potrebu pratitelja utvrđuje izabrani doktor ovisno o zdravstvenom stanju osigurane osobe, osim u slučajevima djece do 18. godine života, kao i osiguranim osobama iz članka 12. stavka 2. i 3. Zakona za koju se smatra da im je potrebna pratnja neovisno o tome ispunjavaju li uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza.

Članak 70.

(1) Osiguraniku ne pripada pravo na naknadu troškova prijevoza kad zbog korištenja zdravstvene zaštite putuje iz mjesta svog prebivališta, odnosno boravišta u zdravstvenu ustanovu čije je sjedište u mjestu njegovoga rada, ako mu za vrijeme trajanja liječenja

poslodavac isplaćuje naknadu za troškove putovanja od mjesta polaska do mjesta rada i obratno.

(2) Osigurana osoba nema pravo na naknadu troškova javnog prijevoza ako je prema posebnim propisima oslobođena njihovoga plaćanja (npr. priznato pravo na besplatan prijevoz: djece do određene dobi, učenika, osoba starijih od 65 godina i sl.).

3. Način utvrđivanja osnovice za određivanje naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad i utvrđivanja valorizacije (povećanja) osnovice za naknadu plaće

3.1. Osnovica za utvrđivanje naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti

Članak 71.

Osnovica za obračun naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad u smislu članka 39. Zakona (u daljnjem tekstu: privremena nesposobnost) utvrđuje se kao satna ili dnevna osnovica, ovisno o rasporedu radnog vremena osiguranika – korisnika naknade.

Članak 72.

(1) Osiguraniku koji obavlja gospodarsku djelatnost, odnosno samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost naknada plaće pripada za radne dane u tjednu, a obračunava se kao prosječna dnevna naknada.

(2) Tjedan u smislu stavka 1. ovoga članka ima 6 radnih dana.

(3) Osiguraniku iz stavka 1. ovoga članka naknada plaće pripada pod uvjetom da za vrijeme privremene nesposobnosti ne radi, odnosno na drugi način zlorabi vrijeme utvrđene privremene nesposobnosti u smislu članka 53. Zakona.

Članak 73.

(1) Osnovicu za utvrđivanje naknade plaće čini prosječni iznos redovne mjesečne 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.

(2) Pod prosječnim iznosom redovne mjesečne plaće iz stavka 1. ovoga članka podrazumijeva se iznos dobiven na način da se zbroj isplaćenih redovnih plaća podijeli s brojem sati rada za koje je isplaćena.

(3) Iznimno od stavka 1. ovoga članka ako osiguraniku nije isplaćena niti jedna plaća, odnosno ako je isplaćena samo jedna plaća u propisanom šestomjesečnom razdoblju, kao osnovica za naknadu plaće uzima se plaća isplaćena do dana nastanka osiguranog slučaja na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće, odnosno plaća pripadajuća prema ugovoru o radu, drugom ugovoru ili pojedinačnom aktu. Tako utvrđena osnovica za naknadu plaće, kada se naknada plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda, ne može biti viša od propisane najniže osnovice osiguranja koja služi za obračunavanje i plaćanje doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje važeće za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio osiguranik slučaj, umanjene za doprinose iz osnovice, porez i prirez.

(4) Ako je osiguranik u posljednjih 6 mjeseci bio zaposlen kod dva ili više poslodavaca, osnovica za naknadu plaće određuje se od plaće koja je osiguraniku isplaćena u svih 6 mjeseci.

(5) Ako osiguranik radi istovremeno kod dva ili više poslodavaca, naknadu plaće osiguraniku isplaćuje svaki poslodavac, s tim da se osnovica za naknadu određuje u odnosu na razmjerni dio sati rada kod svakog poslodavca u odnosu na propisani najniži i najviši iznos naknade plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda.

(6) Pod isplaćenom plaćom iz stavka 1. ovoga članka na osnovi koje se utvrđuje osnovica za naknadu plaće podrazumijeva se u smislu članka 54. stavka 2. Zakona redovita mjesečna plaća osiguranika isplaćena u skladu s odredbama propisa o radu, te naknada plaće isplaćena za vrijeme odsutnosti s rada (godišnji odmor, plaćeni dopust i privremena nesposobnost) koju isplaćuje pravna ili fizička osoba kod koje je osiguranik zaposlen (plaća isplaćena u tekućem mjesecu za taj mjesec, odnosno u tekućem mjesecu za prethodni mjesec).

(7) Iznimno od stavka 6. ovoga članka za radnike upućene na rad u ugovorne države i treće države pod isplaćenom plaćom smatra se osnovica za obračun obveznih doprinosa umanjena za doprinos iz osnovice, porez i prirez.

(8) Iznimno, u osnovicu za naknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka kad se naknada plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda ili državnog proračuna, uračunavaju se i primitci od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak, a koji čine osnovu za obračun doprinosa u skladu s propisima o doprinosima za obvezna osiguranja ako su ti primitci isplaćeni u navedenom šestomjesečnom razdoblju.

Članak 74.

(1) Osnovica za naknadu plaće utvrđena prema članku 73. ovoga Pravilnika, konačna je i ne može se mijenjati.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka kad je osnovica za naknadu utvrđena na osnovi pogrešnih ili nepotpunih podataka, osiguranik – korisnik naknade plaće ima pravo tražiti ponovno utvrđivanje osnovice za naknadu plaće i pripadajući iznos naknade plaće od tako utvrđene osnovice za naknadu plaće.

(3) Zavod ima pravo i obvezu kontrole točnosti iskazanih podataka o isplaćenim plaćama na tiskanici potvrde o plaćama na osnovi kojih se utvrđuje osnovica za naknadu plaće, ako se posumnja u njihovu valjanost.

(4) Ako se u postupku kontrole utvrdi da plaće iskazane na potvrdi o plaći nisu isplaćene osiguraniku ili su u osnovicu uračunate isplate koje se ne smatraju plaćom u smislu članka 54. stavka 2. Zakona i članka 73. ovoga Pravilnika osnovica za naknadu plaće utvrdit će se u skladu s člankom 73. stavkom 3. ovoga Pravilnika.

Članak 75.

(1) Osiguraniku iz članka 7. stavka 1. točke 3., 4., 6., 8., i 9. Zakona za utvrđivanje osnovice za naknadu plaće uzima se mjesečna osnovica osiguranja tog osiguranika za obračun i uplatu doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje za posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće, umanjena za doprinos za mirovinsko osiguranje, porez i prirez.

(2) Ako osiguranik iz stavka 1. ovoga članka nije bio zdravstveno osiguran po istoj osnovici šest mjeseci, kao plaća za utvrđivanje osnovice za naknadu uzima se prosječna

osnovica osiguranja na koju je bio prijavljen u posljednjih šest mjeseci prije stjecanja prava na naknadu plaće.

(3) Ako osiguranik iz stavka 1. ovoga članka nije bio zdravstveno osiguran najmanje dva mjeseca prema osnovici osiguranja iz stavka 2. ovoga članka, kao osnovica za naknadu uzima se najniža osnovica osiguranja iz članka 73. stavka 3. ovoga Pravilnika.

(4) U osnovicu za naknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka uračunavaju se i primitci od kojih se prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak.

(5) Iznimno, kad se osnovica za naknadu utvrđuje na osnovi više osnovice osiguranja izabrane odlukom osiguranika, tako izabrana osnovica osiguranja čini osnovicu za naknadu plaće u skladu sa stavkom 1. ovoga članka, ako je osiguranik na osnovi te osnovice bio zdravstveno osiguran najmanje šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće.

Članak 76.

(1) U osnovicu od koje se utvrđuje naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, u smislu Zakona i ovoga Pravilnika, ne uračunavaju se isplate osiguraniku utvrđene u stavku 2. ovoga članka, neovisno o tome da li se radi o isplatama koje se u smislu drugih propisa smatraju plaćom i da li su na njih ili iz njih obračunati i uplaćeni doprinosi.

(2) Isplate koje se ne uračunavaju u osnovicu od koje se utvrđuje naknada plaće iz stavka 1. ovoga članka su:

1. primanja koja je osiguranik primio prema propisima o mirovinskom osiguranju te o obveznom zdravstvenom osiguranju, osim naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad koja se isplaćuje na teret pravne ili fizičke osobe - poslodavca,

2. posebne nagrade u znak priznanja i prigodne novčane isplate radnicima (stimulacije, menadžerske nagrade),

3. nagrade za dugogodišnji rad i sl.,

4. regres za godišnji odmor,

5. isplate za npr. Uskrs, Božić, obljetnice poslodavca i sl., bez obzira jesu li u općem aktu poslodavca određene kao osnove za raspodjelu plaća,

6. primanja u ime naknada troškova (terenski dodatak, naknada za odvojeni život i sl.),

7. naknade isplaćene za izume i tehnička unapređenja ostvarena na radu ili u svezi s radom,

8. premije osiguranja koje poslodavac plaća za radnike po osnovi osiguranja života i dodatne mirovine te dopunskog zdravstvenog osiguranja i slično.

Članak 77.

Pod prosječnom osnovicom osiguranja iz članka 75. stavka 2. ovoga Pravilnika podrazumijeva se osnovica dobivena na način da se zbroj osnovica osiguranja važećih u šestomjesečnom razdoblju podijeli sa zbrojem radnih dana za koje su te osnovice propisane.

Članak 78.

Kad se osnovica za naknadu plaće iz članaka 73. i 75. ovoga Pravilnika utvrđuje i osnovom primitaka od kojih se prema propisima o porezu na dohodak utvrđuje drugi dohodak,

osnovica za naknadu plaće utvrđuje se na način da se ukupno isplaćena plaća, odnosno ostvarene osnovice osiguranja i isplaćeni drugi dohodak zbroje te podijele s brojem šest, odnosno brojem dana ili sati za koje je ta plaća isplaćena – odnosno osnovica osiguranja ostvarena pod uvjetom da je plaća isplaćena, odnosno osnovica osiguranja ostvarena u svih posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu.

Članak 79.

Iznimno od članka 78. ovoga Pravilnika u slučajevima kad se prema odredbi članka 54. stavka 5. Zakona i članka 73. stavka 3., odnosno članka 75. stavka 3. ovoga Pravilnika za utvrđivanje naknade plaće kao osnovica za naknadu plaće uzima najniža osnovica osiguranja, naknada plaće obračunava se od te najniže osnovice osiguranja neovisno da li je u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu osiguranik ostvario primitke od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak.

Članak 80.

(1) Kad obračun i isplatu naknade plaće koja tereti sredstva Zavoda obavlja poslodavac u skladu s člankom 41. stavkom 3. i 4. Zakona, naknadu plaće obračunava od osnovice za naknadu utvrđene prema članku 73. stavku 1. do 7. ovoga Pravilnika neovisno da li je osiguranik u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće ostvario primitke od kojih se prema propisima o porezu na dohodak utvrđuje drugi dohodak.

(2) U slučaju kad je osiguraniku naknada plaće obračunata i isplaćena od osnovice za naknadu iz stavka 1. ovoga članka, osiguranik ima pravo podnijeti pisani zahtjev Zavodu za priznavanje prava i na dio naknade plaće pripadajući osnovom primitaka od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak.

(3) Pripadajući dio naknade plaće koja tereti sredstva Zavoda, a koja je obračunata prema stavku 2. ovoga članka, Zavod isplaćuje neposredno osiguraniku, s time da ukupno isplaćena naknada plaće ne može iznositi više od najvišeg iznosa naknade plaće utvrđene u skladu s člankom 55. stavkom 3. Zakona.

(4) Uz pisani zahtjev iz stavka 2. ovoga članka, osiguranik je obvezan priložiti ugovor o djelu ili drugi pravni akt o stjecanju primitaka od kojih se prema propisima o porezu na dohodak utvrđuje drugi dohodak i potvrdu pravne ili fizičke osobe o isplaćenim primitcima koje je osiguranik ostvario u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu, uz naznaku iznosa i datuma isplate.

3.2. Uvjeti za primjenu iste osnovice za izračun naknade plaće

Članak 81.

(1) Osnovica za naknadu plaće utvrđena prema odredbama ovoga Pravilnika služi za obračun naknade plaće za sve vrijeme trajanja privremene nesposobnosti za rad.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka u slučaju kada je izabrani doktor zaključio osiguraniku privremenu nesposobnost te ju ponovno utvrdio u rokovima i pod uvjetima utvrđenim ovim člankom ne utvrđuje se nova osnovica za obračun naknade plaće već se osiguraniku naknada plaće obračunava prema prethodno utvrđenoj osnovici, ako je to za osiguranika povoljnije.

(3) Osiguraniku se naknada plaće obračunava i isplaćuje u smislu stavka 2. ovoga članka, prema osnovici za naknadu utvrđenoj za prethodno utvrđenu privremenu nesposobnost u slučajevima:

- ako mu je privremena nesposobnost ponovno utvrđena u roku od najduže 30 kalendarskih dana od dana zaključenja prethodne privremene nesposobnosti i to zbog iste šifre bolesti prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB),

- ako mu je privremena nesposobnost ponovno utvrđena slijedećeg kalendarskog dana nakon zaključenja ranije utvrđene privremene nesposobnosti zbog istog uzroka privremene nesposobnosti, ali zbog druge šifre bolesti prema MKB-u.

(4) Pod uzrokom privremene nesposobnosti za rad u smislu stavka 3. podstavka 2. ovog članka podrazumijeva se bolest neovisno o njezinoj šifri prema MKB-u, te svaki drugi pojedinačni razlog odsutnosti s rada za koji prema Zakonu osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće (rodiljni dopust, njega člana obitelji, pratnja i izolacija).

(5) U slučaju iz stavka 3. ovoga članka naknada plaće obračunava se i isplaćuje od iste osnovice za naknadu u visini i trajanju propisanom Zakonom te ovim Pravilnikom.

(6) Osnovica za naknadu plaće utvrđuje se sukladno stavku 3. ovoga članka i u slučajevima kada je ponovno utvrđena privremena nesposobnost zbog korištenja rodiljnog dopusta na koji osiguranica nastupa neposredno (bez i jednog dana prekida) nakon korištenja privremene nesposobnosti iz članka 39. točke 6. Zakona, nakon završetka, odnosno prekida roditeljskog dopusta ili dopusta radi njege djeteta s težim smetnjama u razvoju.

Članak 82.

(1) Podaci o isplaćenim plaćama, odnosno osnovicama osiguranja koje služe za utvrđivanje osnovice za naknadu plaće iskazuju se za osiguranika radnika na tiskanici „Potvrda o plaći“, a za osiguranika iz članka 7. stavka 1. točke 3., 4., 6., 8., 9. 20. i 25. Zakona na tiskanici „Potvrda o osnovicama osiguranja“ koje su tiskane uz ovaj Pravilnik i čine njegov sastavni dio, a mogu se preuzeti sa web stranice Zavoda

(2) Podatke u tiskanice iz stavka 1. ovoga članka na osnovi kojih se u nadležnoj područnoj službi, odnosno regionalnom uredu Zavoda kontrolira, odnosno obavlja obračun naknade plaće unosi:

– ovlaštena osoba poslodavca (pravna, odnosno fizička osoba) u tiskanicu Potvrda o plaći,

– ovlaštena osoba Zavoda u tiskanicu Potvrda o osnovicama osiguranja.

3.3. Način valorizacije (povećanja) osnovice za naknadu plaće

Članak 83.

(1) Osiguraniku kojem se naknada plaće obračunava i isplaćuje od iste osnovice za naknadu neprekidno u trajanju propisanom Zakonom, osnovica za naknadu preračunat će se na odgovarajući viši iznos i od tako povećane osnovice ponovno odrediti pripadajuća naknada plaće ako je ispunjen Zakonom propisan uvjet za valorizaciju (povećanje) osnovice.

(2) U slučaju iz stavka 1. ovoga članka osnovica za naknadu valorizirat će se osiguraniku – korisniku naknade plaće za onoliko postotaka za koliko je porasla prosječna plaća svih zaposlenih u Republici Hrvatskoj isplaćena u razdoblju trajanja privremene

nesposobnosti za rad korisnika naknade plaće u odnosu na istovjetno utvrđenu prosječnu plaću isplaćenu u prethodnom obračunskom razdoblju, a za mjesece tih usporednih razdoblja.

(3) Pod obračunskim razdobljem prema stavku 2. ovoga članka smatra se razdoblje neprekidne privremene nesposobnosti osiguranika – korisnika naknade plaće, odnosno razdoblje za koje je utvrđena osnovica za naknadu plaće prema člancima 73. i 75. ovoga Pravilnika, usporedbom kojih se utvrđuje postotak za valorizaciju osnovice za naknadu plaće (valorizacijski koeficijent).

Članak 84.

(1) Ako povećanje naknade plaće nije izvršeno prema članku 83. ovoga Pravilnika, jer je porast plaća bio niži od Zakonom propisanog postotka, povećanje naknade plaće prema navedenom članku izvršit će se nakon ispunjenja uvjeta za valorizaciju, a nakon protoka svakog idućeg mjeseca neprekidnog primanja naknade plaće od iste osnovice za naknadu, sve dok taj uvjet za valorizaciju ne bude ispunjen.

(2) Povećana naknada plaće prema članku 83. ovoga Pravilnika i stavku 1. ovoga članka pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca nakon ispunjenja uvjeta za povećanje naknade plaće.

Članak 85.

(1) Povećanje naknade plaće prema člancima 83. i 84. ovoga Pravilnika izvršit će po službenoj dužnosti Zavod na osnovi službenih podataka o kretanju prosjeka plaća svih zaposlenih u Republici Hrvatskoj u odnosnim obračunskim razdobljima.

(2) O novoutvrđenoj osnovici za naknadu plaće prema stavku 1. ovoga članka Zavod je obvezan obavijestiti poslodavca kad poslodavac obavlja obračun i isplatu naknade plaće u skladu s člankom 83. ovoga Pravilnika.

3.4. Visina naknade plaće

Članak 86.

Naknada plaće koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda ako Zakonom nije drukčije propisano iznosi:

1. 70% od osnovice za naknadu plaće za prvih šest kalendarskih mjeseci neprekidne privremene nesposobnosti,

2. 80% od osnovice za naknadu plaće od prvog sljedećeg dana nakon isteka roka neprekidnog trajanja privremene nesposobnosti iz točke 1. ovoga stavka,

3. 100% od osnovice za naknadu u slučajevima propisanim člankom 55. stavkom 2. točkama 2. do 7. Zakona,

4. 50% zadnje isplaćene naknade plaće od prvog sljedećeg dana nakon isteka 18 mjeseci privremene nesposobnosti po istoj dijagnozi bolesti, bez prekida, u skladu s člankom 52. Zakona.

IV. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Ostvarivanje zdravstvene zaštite

Članak 87.

(1) Osigurana osoba koja je zdravstvenu zaštitu ostvarila mimo uvjeta i načina propisanih Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda na području Republike Hrvatske u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi ili kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, u drugoj državi EU protivno uvjetima propisanim općim aktom Zavoda o prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, u zdravstvenoj ustanovi ili kod zdravstvenog radnika privatne prakse u Republici Hrvatskoj s kojima Zavod nije sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite, koja je nabavila ortopedsko ili drugo pomagalo te dentalno pomagalo/napravu, kod neugovornog isporučitelja, odnosno kupila lijek koji nije utvrđen osnovnom listom lijekova i dopunskom listom lijekova obvezna je u cijelosti snositi troškove pružene zdravstvene zaštite, ortopedskog ili drugog pomagala te dentalnog pomagala/naprave, odnosno lijeka.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka osigurana osoba kojoj je u zdravstvenoj ustanovi ili kod zdravstvenog radnika privatne prakse s kojima Zavod nije sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite pružena zdravstvena zaštita u hitnom slučaju iz članka 25. ovoga Pravilnika ima pravo podnijeti zahtjev za povrat troškova te zdravstvene zaštite te u slučaju da liječničko povjerenstvo Zavoda utvrdi da se radi o zdravstvenoj zaštiti pruženoj u hitnom slučaju i odobri povrat sredstava, ostvariti povrat troškova ali najviše u visini koju Zavod plaća ugovornim provoditeljima zdravstvene zaštite za tu vrstu zdravstvene zaštite.

Članak 88.

(1) Osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova zdravstvene zaštite kada joj je ugovorni subjekt Zavoda neopravdano:

1. naplatio zdravstvenu uslugu,

2. odbio pružiti zdravstvenu zaštitu uvjetujući potonju prethodnom kupnjom ugradbenih, odnosno potrošnih materijala ili lijekova s osnovne liste lijekova, odnosno po izboru osigurane osobe s dopunske liste lijekova za koje osigurana osoba ispunjava uvjete propisane općim aktima Zavoda,

3. odbio propisati na recept lijek s osnovne liste lijekova, odnosno po izboru osigurane osobe s dopunske liste lijekova za koji osigurana osoba ispunjava uvjete propisane općim aktima Zavoda,

4. naplatio u cijelosti ili djelomice odobreno ortopedsko ili drugo pomagalo te dentalno pomagalo/napravu,

5. uputio osiguranu osobu da zdravstvenu zaštitu, koju ima ugovorenu sa Zavodom, koristi u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, a koja zdravstvena zaštita je za osiguranu osobu bila medicinski indicirana.

(2) Troškove zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovoga članka osigurana osoba ostvaruje u cijelosti ako se u upravnom postupku pri nadležnom regionalnom uredu, odnosno područnoj službi Zavoda pokrenutom na njezin zahtjev, prema ocjeni liječničkog povjerenstva Zavoda utvrdi da se radi o korištenju zdravstvene zaštite na koju, u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osigurana osoba ima pravo u skladu sa Zakonom i općim aktima Zavoda.

(3) Osigurana osoba obvezna je uz zahtjev za povrat sredstava iz stavka 1. ovoga članka priložiti originalnu medicinsku dokumentaciju te original osobnog računa za plaćenu zdravstvenu uslugu, odnosno original računa za plaćeni lijek, ugradbeni ili potrošni materijal, ortopedsko ili drugo pomagalo te dentalno pomagalo/napravu koji obvezno mora glasiti na ime osigurane osobe koja je koristila zdravstvenu zaštitu.

(4) Prema postupku utvrđenom stavkom 2. i 3. ovoga članka osigurana osoba koja prebiva na području druge države članice EU, a koja država je upisana u Prilog 3. Uredbe (EZ) br. 987/2009 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. rujna 2009. kojom se utvrđuje postupak provedbe Uredbe (EZ) br. 883/2004 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, odnosno koja država troškove zdravstvene zaštite obračunava u fiksnim iznosima, može ostvariti pravo na naknadu troškova zdravstvene zaštite koji nastanu za vrijeme njezinog privremenog boravka na području Republike Hrvatske, pod uvjetom da je zdravstvenu zaštitu koristila kod ugovornih subjekata Zavoda u Republici Hrvatskoj, u iznosu koji je općim aktom Zavoda za tu zdravstvenu zaštitu utvrđen za ugovorne subjekte Zavoda.

2. Ostvarivanje novčanih naknada

2.1. Ostvarivanje prava na naknadu plaće odnosno novčanu naknadu za vrijeme privremene nesposobnosti

Članak 89.

Naknadu plaće osiguranik ostvaruje kod pravne, odnosno fizičke osobe – poslodavca, odnosno Zavoda u skladu s odredbama članaka 40. i 41. Zakona i ovoga Pravilnika.

Članak 90.

(1) O pravu na naknadu plaće odlučuje se, u pravilu, bez donošenja pisanog rješenja na osnovi tiskanice „Izvešće o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad“ koju izdaje izabrani doktor iz članka 21. stavka 3. ovoga Pravilnika.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka kad se privremena nesposobnosti za rad utvrđuje zbog korištenja prava na dopust za slučaj smrti djeteta iz članka 39. točke 8. Zakona, odnosno zbog privremene nesposobnosti za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu iz članka 39. točke 9. Zakona, o pravu na naknadu plaće odlučuje se pisanim rješenjem, a na osnovi zahtjeva osiguranika.

Članak 91.

(1) Osiguranik nema pravo na naknadu plaće u slučajevima iz članka 53. Zakona i to od dana nastanka tih slučajeva do dana njihovoga prestanka, odnosno prestanka posljedica njima prouzročenim.

(2) Činjenicu prestanka postojanja slučaja, odnosno njegove posljedice u smislu stavka 1. ovoga članka utvrđuje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite iz članka 21. stavka 3. ovoga Pravilnika.

(3) O nepriznavanju naknade plaće u smislu stavka 1. ovoga članka, na zahtjev osiguranika nadležni regionalni ured, odnosno područna služba Zavoda izdaje rješenje u upravnom postupku.

Članak 92.

(1) Izabrani doktor obiteljske (opće) medicine, odnosno ginekolog koji je utvrdio početak i prestanak privremene nesposobnosti za rad osiguranika u skladu s odredbama članka 46. Zakona, drugih propisa, ovoga Pravilnika i drugih općih akata Zavoda, ispunjava i izdaje osiguraniku tiskanicu Izvešće o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad.

(2) Sadržaj i oblik tiskanice iz stavka 1. ovoga članka tiskan je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

Članak 93.

(1) Izvješće o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad iz članka 92. ovoga Pravilnika izdaje se:

1. kad privremena nesposobnosti tereti sredstva pravne, odnosno fizičke osobe – poslodavca:

a) posljednjeg dana privremene nesposobnosti, ako je privremena nesposobnosti trajala kraće od 7, odnosno 42 dana (članak 40. Zakona), odnosno posljednjeg dana u mjesecu ako privremena nesposobnost prelazi iz jednog mjeseca u drugi.

b) 7. odnosno 42. dana privremene nesposobnosti ako privremena nesposobnosti traje duže od 7, odnosno 42 dana, odnosno posljednjeg dana u mjesecu ako privremena nesposobnost prelazi iz jednog mjeseca u drugi.

2. kad privremena nesposobnosti tereti sredstva Zavoda, odnosno državnog proračuna:

a) posljednjeg dana privremene nesposobnosti, ako je privremena nesposobnost prestala prije posljednjeg dana u mjesecu,

b) posljednjeg dana u mjesecu ako privremena nesposobnost prelazi iz jednog mjeseca u drugi.

(2) U izvješću o privremenoj nesposobnosti zbog korištenja roditeljnog dopusta upisuje se samo početni datum privremene nesposobnosti.

(3) Za vrijeme trajanja privremene nesposobnosti unutar rokova iz stavka 1. ovoga članka, izabrani doktor opće (obiteljske) medicine, odnosno izabrani doktor ginekolog obvezan je na zahtjev osiguranika, radi obračuna naknade plaće koja tereti sredstva poslodavca, izdati pisanu obavijest o trajanju privremene nesposobnosti na tiskanici »Obavijest o trajanju privremene nesposobnosti/spriječenosti za rad« čiji je oblik i sadržaj otisnut uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

2.2. Ostvarivanje prava na naknadu troškova prijevoza

Članak 94.

Na zahtjev osigurane osobe, koja nije zadovoljna izvršenom isplatom troškova prijevoza, kao i u slučaju kada joj se osporava pravo na naknadu troškova prijevoza, osiguranoj osobi se izdaje rješenje u upravnom postupku.

Članak 95.

(1) Pravo na naknadu za troškove prijevoza zbog korištenja zdravstvene zaštite osigurana osoba ostvaruje na osnovi tiskanica putnog naloga za jednokratno ili višekratno putovanje koji izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlašteni radnik Zavoda u slučaju kad osigurana osoba zdravstvenu zaštitu koristi kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u skladu s posebnim općim aktom Zavoda o ortopedskim i drugim

pomagalima i kada je pozvana od strane Zavoda radi ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Osigurana osoba kojoj je ocjenom liječničkog povjerenstva Zavoda odobreno skuplje javno prijevozno sredstvo, pravo na naknadu za troškove prijevoza ostvaruje na osnovi

tiskanice putnog naloga iz stavka 1. ovoga članka i putne karte i to u visini najniže cijene putne karte odobrenog prijevoznog sredstva.

(3) Osigurana osoba kojoj je rješenjem Zavoda o upućivanju na liječenje u inozemstvo odobren prijevoz zrakoplovom ostvaruje pravo na naknadu troškova prijevoza na osnovi tog rješenja i putne karte za odobrenu vrstu prijevoza u visini najniže cijene putne karte odobrenog prijevoznog sredstva, a za zrakoplov u visini najniže cijene zrakoplovne karte za ekonomsku klasu.

(4) Osiguranoj osobi iz stavka 2. i 3. ovoga članka koja uz putni nalog, odnosno rješenje ne priloži putnu kartu odobrenog javnog prijevoznog sredstva isplatit će se iznos za troškove prijevoza prema cijeni najjeftinijeg prijevoznog sredstva i prema najkraćoj relaciji.

(5) Putni nalog predstavlja valjanu pravnu osnovu za isplatu troškova prijevoza samo ako je pravilno ispunjen i sadrži sve tražene podatke, ako su ispunjeni uvjeti iz članka 62. ovoga Pravilnika za ostvarivanje prava na naknadu troškova prijevoza radi korištenja zdravstvene zaštite na osnovi izdanog putnog naloga iz članka 63. ovoga Pravilnika, te ako je putni nalog realiziran u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse, odnosno kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala koji su naznačeni na putnom nalogu, odnosno ako je osigurana osoba došla u organizacijsku jedinicu nadležne područne službe, odnosno regionalnog ureda Zavoda kamo je pozvana.

(6) Putni nalog za višekratno putovanje može se izdati za korištenje zdravstvene zaštite samo kod jednog ugovornog subjekta Zavoda. Putni nalog za višekratno putovanje ovjeren od više ugovornih subjekata Zavoda nije valjan i na osnovi njega osigurana osoba ne može ostvariti pravo na naknadu troškova prijevoza.

(7) Sadržaj i oblik tiskanica putnih naloga iz stavka 1. ovoga članka tiskane su uz ovaj Pravilnik i čine njegov sastavni dio.

(8) Tiskanica putnog naloga koja sadržava sve elemente iz ovog članka i koji je osigurana osoba dostavila u nadležnu područnu službu, odnosno regionalni ured Zavoda ujedno je i zahtjev osigurane osobe za naknadu troškova prijevoza.

(9) Radi ostvarivanja prava na naknadu troškova prijevoza osigurana osoba obvezna je potpisati zahtjev iz stavka 8. ovoga članka dostaviti nadležnom regionalnom uredu, odnosno područnoj službi Zavoda.

Članak 96.

Iznimno od odredbe članka 95. ovoga Pravilnika u slučajevima iz članka 68. ovoga Pravilnika osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova prijevoza i bez posjedovanja putnog naloga osnovom odobrenja liječničkog povjerenstva Zavoda, s time da je obvezna priložiti originalnu medicinsku dokumentaciju koja potvrđuje nužnost prijevoza u hitnim slučajevima.

Članak 97.

(1) Pravo na naknadu za troškove prijevoza osigurana osoba iz članka 66. ovoga Pravilnika ostvaruje na osnovi potvrde ugovorne zdravstvene ustanove o broju izvršenih hemodijaliza u prethodnom kalendarskom mjesecu.

(2) Isplata naknade iz stavka 1. ovoga članka dopijeva 30. u mjesecu za prethodni mjesec.