

PRIJEDLOG

Na osnovi članka 103. stavka 1. točke 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 80/13. i 137/13.) i članka 26. točke 1. i 6. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, broj 18/09., 33/10., 8/11., 18/13., 1/14. i 83/15.), Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na __. sjednici održanoj _____ 2017. godine donijelo je

PRAVILNIK O UVJETIMA I NAČINU OSTVARIVANJA PRAVA IZ OBVEZNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

(1) Ovim Pravilnikom, u skladu s propisima Europske unije o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti i Zakonom 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 obveznoga 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 obveznoga 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 obveznoga zdravstvenog osiguranja.

II. UTVRĐIVANJE STATUSA OSIGURANE OSOBE

Članak 5.

- (1) Status osigurane osobe utvrđuje Zavod.
- (2) Osigurana osoba prava i obveze iz obveznoga 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 Zakonima 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.
- (3) Osigurana osoba iz stavka 1. ovoga članka ostvaruje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na teret sredstava Zavoda još najduže 30 dana od dana prestanka statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.

1. Prijava na obvezno zdravstveno osiguranje

Članak 7.

- (1) Status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, promjene u statusu osiguranja te prestanak statusa 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 obveznoga 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 obveznoga 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 zdravstveno osigurane osobe (u daljnjem tekstu: 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 poništava ili 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 iz stavka 2. ovoga članka koja ne podnese prijavu, odnosno odjavu s obveznoga zdravstvenog osiguranja te osobi za koju obveznik plaćanja doprinosa - pravna ili fizička osoba ne podnese prijavu, odnosno odjavu s obveznoga 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) Osobi iz članka 13. stavka 1. Zakona te članka 7. ZOZZ-a status osigurane osobe utvrdit će na temelju osobno podnesene prijave te dokaza o prethodnoj jednokratnoj uplati doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje za razdoblje od dana prestanka ranijeg statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ili od dana prestanka osiguranja u drugoj državi koje osiguranje se ubraja u staž osiguranja u skladu s propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom, a najduže za razdoblje od 12 mjeseci.

(8) U razdoblju od podnošenja prijave do dana izdavanja 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) može steći osoba koja je nesposobna za samostalan život i rad i nema vlastitih sredstava za uzdržavanje te ju osiguranik uzdržava, ako pored tih uvjeta ispunjava i 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 nositelj osiguranja preko kojega je član obitelji osiguran 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 član obitelji i dalje ispunjava propisane uvjete.

(2) Članu obitelji za kojeg nositelj nije u propisanom roku iz stavka 1. ovoga članka dostavio dokaz da su i dalje ispunjeni uvjeti iz članka 9. i 10. ovoga Pravilnika status osigurane osobe iz članka 8. ovoga Pravilnika prestaje istekom godine dana od dana kada mu je taj status utvrđen.

(3) O utvrđivanju statusa osigurane osobe iz članka 8. ovoga Pravilnika te utvrđivanju prestanka toga statusa Zavod obvezno donosi pisano rješenje.

(4) Osiguranik preko kojega 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 OBVEZNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Zdravstvena zaštita

Članak 14.

(1) Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga 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, ovim Pravilnikom 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 prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

(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.

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.

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

(2) Osigurana osoba obvezna je podmiriti propisano sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite na način utvrđen stavkom 1. ovoga članka neposredno nakon pružene zdravstvene zaštite, odnosno isporuke pomagala ugovornom subjektu Zavoda, odnosno ugovornom isporučitelju pomagala.

Članak 19.

(1) Ugovorni subjekti Zavoda, odnosno ugovorni isporučitelji pomagala osiguranoj osobi prilikom naplate sudjelovanja iz članka 18. stavka 2. ovoga Pravilnika izdaju potvrdu čiji je oblik i sadržaj propisan općim aktima Zavoda, kojima se uređuje odnos Zavoda i ugovornih provoditelja zdravstvene zaštite.

(2) 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.

(3) Osigurana osoba koja je u skladu sa stavkom 2. ovoga članka platila sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite ima pravo Zavodu podnijeti zahtjev za povrat troškova sudjelovanja ako se radilo o korištenju zdravstvene zaštite koja se u skladu s člankom 19. stavkom 2. Zakona osigurava u cijelosti na teret sredstava Zavoda.

(4) Uz zahtjev iz stavka 3. ovoga članka osigurana osoba je obvezna priložiti medicinsku dokumentaciju o pruženoj zdravstvenoj zaštiti prevedenu na hrvatski jezik te original račun za plaćeno sudjelovanje.

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 koristiti primarnu zdravstvenu zaštitu, osim utvrđivanja privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti 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.

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

(4) 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 upućivanja osigurane osobe na korištenje zdravstvene zaštite izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta te s tim u vezi potrebu prijevoza osigurane osobe javnim prijevoznim sredstvom s obzirom na njezino zdravstveno stanje i udaljenost odredišta u skladu s člankom 62. Zakona i člankom 65. 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

3. utvrđuje potrebu pratnje osigurane osobe za vrijeme putovanja u drugo mjesto radi korištenja zdravstvene zaštite

4. utvrđuje potrebu smještaja uz dijete za vrijeme bolničkog liječenja u skladu s ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda,

5. 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

6. 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) Izolaciju iz stavka 3. točke 2. ovoga članka određuje i doktor pedijatar.

(5) 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.

(6) 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 ili pogoršanja kroničnih bolesti,
- 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 – roditelji 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 ugovorni doktor medicine, odnosno najbliži doktor medicine koji ima dozvolu za rad.

(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 osiguranoj osobi, sukladno njezinom zdravstvenom stanju, pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu, a ostvaruje ga na osnovi naloga za sanitetski prijevoz izdanog od strane izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite koji je izdao uputnicu za traženu zdravstvenu zaštitu iz članaka 32. i 34. ovoga Pravilnika, odnosno na osnovi izdane potvrde o ortopedskim i drugim pomagalima 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 obveznoga 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 obveznoga 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 i natrag

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 32. i 34. ovoga Pravilnika, odnosno na osnovi izdane potvrde o ortopedskim i drugim pomagalima pod uvjetima utvrđenim člankom 26. stavkom 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 pomagalima pod uvjetima utvrđenim člankom 26. stavkom 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 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 Zavoda 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 nalog za sanitetski prijevoz za dolazak i povratak izdaje izabrani doktor koji osiguranu osobu upućuje na provođenje određenih dijagnostičkih ili drugih postupaka ako procijeni da navedeni postupci, s obzirom na zdravstveno stanje osigurane osobe, neće rezultirati poboljšanjem njenog zdravstvenog stanja zbog kojeg ispunjava uvjete za sanitetski prijevoz.

(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, u pravilu, 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.

Članak 30.

Iznimno od članka 26. i 28. ovoga Pravilnika, a zbog nemogućnosti provođenja dentalne zdravstvene zaštite, odnosno zdravstvene zaštite žena u kući osigurane osobe, osigurana osoba iz članka 26. stavka 1. ovoga Pravilnika ima pravo na sanitetski prijevoz do izabranog doktora dentalne medicine, odnosno izabranog doktora ginekologa, u kojem slučaju potrebu za

sanitetskim prijevozom utvrđuje i nalog za sanitetski prijevoz izdaje izabrani doktor koji osiguranoj osobi pruža zdravstvenu zaštitu.

1.2.6. Laboratorijska dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite

Članak 31.

(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 u obliku elektroničke isprave 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 (otisnuti obrazac prikaza e-uputnice za primarni laboratorij) mora sadržavati sve podatke kao i tiskanica uputnice iz stavka 2. ovoga članka.

(4) E-uputnicu za primarni laboratorij, otisnutu prema 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 obveznoga zdravstvenog osiguranja.

1.3. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

Članak 32.

(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, sukladno njezinom zdravstvenom stanju, 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 33.

U okviru specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite iz članka 32. ovoga Pravilnika osigurana osoba ostvaruje i fizikalnu terapiju u kući pod uvjetima i na način utvrđenim posebnim općima aktom Zavoda.

1.4. Bolnička zdravstvena zaštita

Članak 34.

(1) Bolničku zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje, u pravilu, u najbližoj ugovornoj bolničkoj ustanovi za liječenje bolesnika oboljelih od akutnih, subakutnih i kroničnih bolesti prema mjestu svojeg prebivališta, odnosno boravišta, a koje sa Zavodom imaju ugovorenu i mogu osiguranoj osobi, sukladno njezinom zdravstvenom stanju, 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 35.

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 36.

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 pod uvjetima i na način utvrđenim posebnim općim aktom Zavoda.

Članak 37.

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

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

(3) Osiguranici kojima je utvrđena privremena nesposobnost za rad obvezni su javiti se svom izabranom doktoru odmah, a najkasnije prvi radni dan nakon otpusta iz ugovorne bolničke zdravstvene ustanove.

1.4.1. Smještaj uz dijete za vrijeme bolničkog liječenja

Članak 38.

(1) Osigurana osoba - jedan od roditelja djeteta koje se nalazi na bolničkom liječenju u smislu članaka 34. ovoga Pravilnika ili osoba kojoj je dijete povjereno na čuvanje i odgoj (u daljnjem tekstu: skrbnik), može na teret sredstava Zavoda koristiti cjelodnevni smještaj uz dijete, ovisno o smještajnim kapacitetima ugovorne bolničke zdravstvene ustanove, odnosno dnevni smještaj.

(2) Cjelodnevni smještaj može koristiti 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 odjelni doktor ugovorne bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se dijete liječi
- jedan od roditelja ili skrbnik djeteta mlađeg od 3 godine kojem je zbog zdravlja i razvoja potrebna pojačana briga i njega te djeteta s težim smetnjama u razvoju pod uvjetom da roditelj/(skrbnik, odnosno dijete o utvrđenoj potrebi pojačane brige i njege ili o utvrđenim težim smetnjama u razvoju posjeduje odgovarajuće rješenje nadležnog tijela, odnosno nalaz i mišljenje nadležnog tijela vještačenja u skladu sa posebnim propisima
- jedan od roditelja ili skrbnik 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 drugih bolesti koje neposredno ugrožavaju život
- jedan od roditelja ili skrbnik djeteta za vrijeme bolničke medicinske rehabilitacije djeteta u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju – pod uvjetima utvrđenim općim aktom Zavoda iz članka 36. ovoga Pravilnika.

(3) Smještaj iz stavka 2. podstavka 1. i 2. 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 za vrijeme bolničkog liječenja djeteta kojem je utvrđena pojačana briga i njega, odnosno djeteta s težim smetnjama u razvoju.

(4) Na uputnicu iz stavka 3. 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 radi potrebe dojenja“ ili „cjelodnevni smještaj roditelja/skrbnika zbog potrebe pojačane brige i njege djeteta“ ili „cjelodnevni smještaj roditelja/skrbnika djeteta s težim smetnjama u razvoju“.

(5) Smještaj iz stavka 2. podstavka 3. i 4. ovoga članka ostvaruje se na osnovi uputnice za bolničko liječenje djeteta na kojoj izabrani doktor, odnosno odjelni doktor ugovorne bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se dijete liječi obvezno pod rubrikom „Molim, traži se ____“ upisuje tekst: „cjelodnevni smještaj roditelja/skrbnika“ ili „cjelodnevni smještaj roditelja/skrbnika prema odobrenju liječničkog povjerenstva Zavoda u slučaju utvrđenom stavkom 2. podstavkom 4. ovoga članka.

(6) U slučaju da ugovorna bolnička zdravstvena ustanova iz stavka 2. ovoga članka nema smještajnih kapaciteta, roditelj/skrbnik 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.

Članak 39.

(1) Dnevni smještaj iz članka 38. stavka 1. ovoga Pravilnik može koristiti osigurana osoba – jedan od roditelja ili skrbnik djeteta mlađeg od 5 godina života te jedan od roditelja ili skrbnik djeteta iz članka 38. stavka 2. podstavka 2. ovoga Pravilnika, koje se nalazi na bolničkom liječenju u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi za liječenje djece oboljele od akutnih bolesti, a na prijedlog odjelnog doktora ugovorne bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se dijete liječi.

(2) Dnevni smještaj iz stavka 1. ovoga članka ostvaruje se na osnovi uputnice izabranog doktora djeteta na kojoj odjelni doktor ugovorne bolničke zdravstvene ustanove u kojoj se dijete liječi pod rubrikom: „Molim traži se ____“ upisuje: „dnevni smještaj roditelja/skrbnika uz dijete“.

Članak 40.

(1) Jedan od roditelja ili skrbnik djeteta s težim smetnjama u razvoju može koristiti cjelodnevni smještaj iz članka 38. ovoga Pravilnika ili dnevni smještaj iz članka 39. ovoga Pravilnika bez obzira na dob djeteta.

(2) Osigurana osoba koja koristi smještaj 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 smještaja uz dijete ima pravo na naknadu plaće na ime privremene spriječenosti za rad zbog njege osigurane osobe-djeteta.

(3) Pravo na naknadu plaće iz stavka 2. ovoga članka ima i osiguranik iz članka 38. stavka 6. ovoga Pravilnika.

1.5. Uputnica za specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu

Članak 41.

(1) Osigurana osoba specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu iz članka 32. stavka 2. i 3. ovoga Pravilnika te bolničku zdravstvenu zaštitu iz članka 34. 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 42.

(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 u okviru primarne zdravstvene zaštite.

Članak 43.

(1) Tiskanica uputnice iz članka 41. 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 u obliku elektroničke isprave u skladu sa Zakonom o elektroničkoj ispravi (u daljnjem tekstu: e-uputnica).

(4) Tiskanica e-uputnice proizvedena iz elektroničkog zapisa (otisnuti 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 44.

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 45.

(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 46.

(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 obveznoga 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 obveznoga 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 ostvariti pravo na povrat tih troškova na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja, osim u slučaju iz članka 91. ovoga Pravilnika.

2. Novčane naknade

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

Članak 47.

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 48.

(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, odnosno državnog proračuna osiguraniku koji obavlja gospodarsku djelatnost, odnosno samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost ona pripada od prvog dana privremene nesposobnosti.

Članak 49.

(1) Naknadu plaće za vrijeme utvrđene privremene nesposobnosti 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. i člankom 41. stavkom 2. Zakona i to:

1. za prvih 7 (za invalide rada), odnosno 42 dana utvrđene 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.

(2) Naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti utvrđene u skladu s člankom 39. točkom 1. i 2. Zakona tereti sredstva poslodavca, odnosno Zavoda kako je to utvrđeno stavkom 1. ovoga članka ako privremena nesposobnost osiguranika traje bez i jednog dana prekida, neovisno da li je u tim rokovima došlo do promijene dijagnoze bolesti kod osiguranika.

(3) Ako je došlo do zaključivanja privremene nesposobnosti za rad iz stavka 1. ovoga članka te je ista, neovisno o dijagnozi bolesti osiguranika, ponovno utvrđena po proteku jednog ili više dana radi se o novoutvrđenoj privremenoj nesposobnosti za rad i naknada plaće se obračunava i isplaćuje na način utvrđen stavkom 1. ovoga članka.

(4) Naknadu plaće za vrijeme utvrđene privremene nesposobnosti iz članka 39. točke 4., 5. i 10. Zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac osiguranika u skladu s člankom 41. stavkom 4. Zakona, na teret sredstava Zavoda.

(5) Naknadu plaće za vrijeme utvrđene privremene nesposobnosti iz članka 39. točke 3., 6., 7., 8. Zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava Zavod, a iz članka 39. točke 9. na teret sredstava državnog proračuna.

(6) Iznimno, posebnim sporazumom između Zavoda i poslodavca može se odrediti da naknadu plaće iz članka 39. točke 9. Zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku pravna osoba – poslodavac.

Članak 50.

(1) Pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac koji je u skladu s odredbama članka 41. Zakona i članka 49. ovoga Pravilnika isplatio osiguraniku naknadu plaće koja prema Zakonu tereti sredstva Zavoda i državnog proračuna ima pravo podnijeti zahtjev za povrat isplaćene naknade plaće u roku od 3 godine od dana dospijeca naknade plaće iz članka 132. stavka 1. Zakona.

(2) Kod rješavanja zahtjeva poslodavca iz stavka 1. ovoga članka Zavod postupuje u skladu sa člankom 41. stavcima 3. do 5. Zakona.

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

(4) Osiguranik, samostalni obveznik uplate doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje iz članaka 3., 4., 6., 8. i 9. Zakona 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 za obvezno zdravstveno osiguranje.

(5) Osiguranik iz stavka 4. ovoga članka koji nije podmirio sve dospjele obveze doprinosa te na dan od kojeg naknada plaće tereti sredstva Zavoda ili državnog proračuna ima dospjele, a ne podmirene obveze doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje za najmanje 30 dana od dana dospjeća nema pravo na naknadu plaće. Pravo na naknadu plaće te njena isplata uspostavlja se u slučaju da privremena nesposobnost još uvijek traje i to unaprijed, odnosno od prvog idućeg dana od dana podmirenja dužnog doprinosa s pripadajućom kamatom.

(6) O nepriznavanju prava na naknadu plaće te ponovnoj uspostavi toga prava u skladu sa stavkom 5. ovoga Pravilnika odlučuje se rješenjem.

Članak 51.

(1) Iznimno od članka 49. i 50. ovoga Pravilnika, 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 koja je iz toga razloga ostala neisplaćena osiguraniku, a koja tereti sredstva isplatit će Zavod neposredno osiguraniku.

(2) U slučaju stečajnog postupka ili nelikvidnosti poslodavca iz stavka 1. ovoga članka poslodavac je obavezan izvršiti obračun naknade plaće za osiguranika te potomji 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.

Članak 52.

(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 53.

(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 naknadu 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, odnosno utvrđenoj osnovici za naknadu kojima raspolaže Zavod.

Članak 54.

(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 55.

(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 za drugo dijete, 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 drugog roditelja za njegu djeteta iz stavka 4. ovoga članka dokazuje se potvrdom koju izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite tog 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 56.

Pravo na naknadu plaće za vrijeme korištenja roditeljskog 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 roditeljskim 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 57.

(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 privremenu nesposobnost za obavljanje ugovorenih poslova utvrdilo liječničko povjerenstvo Zavoda.

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

Članak 58.

(1) O pravu na novčanu naknadu zbog privremene nesposobnosti iz članka 57. 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 privremena nesposobnost 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 obvezan 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 obvezan javiti se liječničkom povjerenstvu odmah, odnosno najkasnije u roku od 3 dana.

Članak 59.

(1) Liječničko povjerenstvo Zavoda nalaz, mišljenje i ocjenu donosi na osnovi dokumentacije iz članka 58. 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 58. stavka 3. ovoga Pravilnika, odnosno koji se nije javio liječničkom povjerenstvu Zavoda u roku iz članka 58. 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 60.

Rješenjem iz članka 58. 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 61.

Novčana naknada iz članka 57. ovoga Pravilnika, koja osiguraniku pripada zbog privremene nesposobnosti, obračunava se kao prosječna dnevna naknada izračunata na osnovi šestodnevno radnog tjedna.

Članak 62.

(1) Osnovicu za utvrđivanje novčane naknade iz članka 57. ovoga Pravilnika čini prosječni mjesečni iznos primitaka umanjenih 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 umanjenja 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 63.

(1) Visina novčane naknade iz članka 57. ovoga Pravilnika iznosi 70% od osnovice za naknadu utvrđene u skladu s člankom 62. 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 64.

Novčana naknada iz članka 57. 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 za troškove prijevoza u svezi s korištenjem prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 65.

(1) Osiguranoj osobi u skladu s odredbama Zakona i ovoga Pravilnika pripada pravo na naknadu za troškove 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 sukladno svom zdravstvenom stanju, odnosno ne može je ostvariti u primjerenom roku.

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 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.

(3) Pod mjestom iz stavka 1. ovoga članka podrazumijeva se grad, odnosno naselje koje nije u sastavu grada u skladu sa zakonom kojim se uređuju područja županija, gradova i općina u Republici Hrvatskoj.

(4) Pod primjerenim rokom iz stavka 1. točke 3. ovoga članka smatra se rok u kojem osiguranoj osobi, sukladno njezinim medicinskim indikacijama, treba pružiti zdravstvenu zaštitu radi zaštite njezinog života i sprječavanja pogoršanja njezinog zdravstvenog stanja.

(5) Najdulje medicinski prihvatljivo vrijeme čekanja za zdravstvene postupke u vezi maligne i hematološke bolesti i predtransplantacijske obrade je do 4 tjedna, osim kada se radi o medicinski uvjetovanom terminu.

Članak 66.

(1) Osigurana osoba u skladu sa Zakonom ima pravo na naknadu za troškove 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 Zavoda u koju je osigurana osoba pozvana.

(3) Izabrani doktor obvezan je putni nalog iz stavka 2. ovoga članka izdati istovremeno s izdavanjem uputnice, čime potvrđuje da je osiguranu osobu, radi korištenja zdravstvene zaštite naznačene na uputnici, uputio izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta, a najkasnije prije realizacije zdravstvene zaštite za koju se putni nalog izdaje.

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

Članak 67.

(1) Pod naknadom za troškove prijevoza iz članka 65. stavka 1. ovoga Pravilnika podrazumijeva se naknada za troškove 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 za troškove u visini najniže cijene putne karte odobrenog prijevoznog sredstva, a za zrakoplov u visini najniže cijene zrakoplovne karte za ekonomsku klasu.

(4) Iznos naknade za troškove prijevoza iz stavka 1. ovoga članka utvrđuje se na način da se prvo utvrdi najkraća relacija između mjesta polaska i mjesta upućivanja prema službenim daljinomjerima prijevoznika javnog prometa (autobusni promet, željeznički promet). Nakon što se utvrdi koje javno prijevozno sredstvo prometuje najkraćom relacijom između mjesta polaska i mjesta upućivanja, usporedbom cjenika javnih prijevoznika koji prometuju na toj relaciji utvrđuje se najniža cijena karte koja će osiguranoj osobi biti isplaćena kao naknada za troškove prijevoza.

Članak 68.

Naknada za troškove prijevoza pripada i za prijevoz posmrtnih ostataka osigurane osobe koja je zdravstvenu zaštitu koristila u smislu odredbi članka 66. Zakona i to u visini stvarnih troškova.

Članak 69.

Iznimno od članka 67. ovoga Pravilnika, ako od mjesta polaska do mjesta upućivanja ne prometuje javno prijevozno sredstvo ili ne prometuje na cijeloj relaciji, osiguranoj osobi će se priznati naknada za troškove prijevoza u visini najniže cijene javnog prijevoznog sredstva za relaciju na kojoj prometuje javno prijevozno sredstvo te iznos novčane naknade u visini od 20% cijene litre eurosupera 95 oktana po prijednom kilometru za relaciju kojom ne prometuje javno prijevozno sredstvo.

Članak 70.

(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 za troškove 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 za troškove 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 71.

(1) Naknada za troškove prijevoza iz članka 67. ovoga Pravilnika isplaćuje se i za jednu osobu u pratnji osigurane osobe koja je radi korištenja zdravstvene zaštite od strane izabranog doktora upućena izvan mjesta svoga prebivališta, odnosno boravišta, a pod uvjetom da je izabrani doktor utvrdio potrebu pratnje osigurane osobe te da osigurana osoba ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza propisane općim aktom ministra nadležnog za zdravlje iz članka 26. ovoga Pravilnika.

(2) Potrebu pratnje osigurane osobe utvrđuje izabrani doktor ovisno o zdravstvenom stanju osigurane osobe, osim za djecu do 18. godine života i osigurane osobe iz članka 12. stavka 2. i 3. Zakona za koje se podrazumijeva da im je potrebna pratnja i to neovisno o tome ispunjavaju li uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza.

Članak 72.

(1) Pravo na naknadu za troškove prijevoza nema osiguranik koji je radi korištenja zdravstvene zaštite upućen iz mjesta svog prebivališta, odnosno boravišta ugovornom subjektu Zavoda ili pozvan u ustrojstvenu jedinicu Zavoda sa sjedištem u mjestu njegovoga rada, ako mu je za dane u kojima je koristio zdravstvenu zaštitu, prema potvrdi poslodavca, isplaćena naknada za troškove prijevoza od mjesta prebivališta, odnosno boravišta do mjesta rada i obratno.

(2) Osigurana osoba nema pravo na naknadu za troškove 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) Naknada za troškove prijevoza neće se isplatiti niti za pratitelja kojemu za relaciju utvrđenu stavkom 1. ovoga članka poslodavac isplaćuje naknada za troškove prijevoza, odnosno koji je oslobođen plaćanja troškova javnog prijevoza u skladu sa stavkom 2. ovoga članka.

2.6. Novčana naknada za osiguranu osobu koja koristi hemodijalizu

članak 73.

(1) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik ima pravo na novčanu naknadu u paušalnom iznosu od 18% proračunske osnovice mjesečno ako hemodijalizu koristi u mjestu prebivališta, odnosno boravišta, pod uvjetom da udaljenost od adrese stanovanja i adrese zdravstvene ustanove u kojoj provodi hemodijalizu iznosi 500 i više metara.

(2) Pravo na novčanu naknadu iz stavka 1. ovoga članka ima i osigurana osoba koja hemodijalizu koristi izvan mjesta prebivališta, odnosno boravišta.

(3) Udaljenost iz stavka 1. i 2. ovoga članka utvrđuje se primjenom Interaktivne karte Hrvatskog auto kluba.

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 74.

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

Članak 75.

(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 76.

(1) Osiguraniku iz članka 7. stavka 1. točke 1. i 2. Zakona naknada plaće pripada samo za sate za koje bi imao pravo na plaću da radi prema propisima o radu, a najviše za 40 sati tjedno u skladu s člankom 55. Zakona.

(2) Osiguraniku iz stavka 1. ovoga članka 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.

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

(4) Iznimno od stavka 2. 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 osigurani slučaj, umanjene za doprinose iz osnovice, porez i prirez.

(5) 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.

(6) 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.

(7) Pod isplaćenom plaćom iz stavka 2. 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).

(8) Iznimno od stavka 7. 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 doprinose iz osnovice, porez i prirez.

(9) Iznimno, u osnovicu za naknadu plaće iz stavka 2. 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 77.

(1) Osnovica za naknadu plaće utvrđena prema članku 76. 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 76. ovoga Pravilnika osnovica za naknadu plaće utvrdit će se u skladu s člankom 76. stavkom 3. ovoga Pravilnika.

Članak 78.

(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 76. stavka 4. ovoga Pravilnika.

(4) U osnovicu za naknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka, kada 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.

(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 79.

(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 80.

Pod prosječnom osnovicom osiguranja iz članka 78. 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 81.

Kad se osnovica za naknadu plaće iz članaka 76. i 78. 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 82.

Iznimno od članka 81. ovoga Pravilnika u slučajevima kad se prema odredbi članka 54. stavka 5. Zakona i članka 76. stavka 4., odnosno članka 78. 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 83.

(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 76. 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 obavezan 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 steče pravo na naknadu, uz naznaku iznosa i datuma isplate.

(5) Odredba stavka 4. ovoga članka primjenjuje se i na osiguranike kojima se osnovica za naknadu plaće utvrđuje prema članku 78. ovoga Pravilnika, a ukupna mjesečna isplata naknada plaće koja tereti sredstva Zavoda ne može iznositi više od najvišeg iznosa naknade plaće utvrđene u skladu s člankom 55. stavkom 3. Zakona.

3.2. Uvjeti za primjenu iste osnovice za izračun naknade plaće

Članak 84.

(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, koja u skladu s člankom 41. Zakona tereti sredstva Zavoda, odnosno državnog proračuna, već se osiguraniku naknada plaće obračunava prema osnovici utvrđenoj za prethodno utvrđenu privremenu nesposobnost za rad, ako je to za osiguranika povoljnije.

(3) Osiguraniku se naknada plaće obračunava i isplaćuje na način utvrđen stavkom 2. ovoga članka u slučaju da je osiguraniku:

- privremena nesposobnost ponovno utvrđena u roku od najduže 30 kalendarskih dana od dana zaključenja prethodne privremene nesposobnosti i to zbog iste bolesti prema istoj šifri bolesti po međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB),
- privremena nesposobnost ponovno utvrđena slijedećeg kalendarskog dana od dana 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. ovoga 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 privremena nesposobnost utvrđena zbog korištenja roditeljskog dopusta 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.

(7) Uzrokom bolesti iz stavka 4. ovoga članka obuhvaćene su privremene nesposobnosti za rad utvrđene zbog bolesti ili ozljede, liječenja ili medicinskog ispitivanja, transplantacije živog tkiva i organa u korist druge osobe, bolesti i komplikacije u vezi s trudnoćom i porodom, zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u domovinskom ratu i zbog priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti.

Članak 85.

(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 86.

(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 mjesec 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 76. i 78. ovoga Pravilnika, usporedbom kojih se utvrđuje postotak za valorizaciju osnovice za naknadu plaće (valorizacijski koeficijent).

Članak 87.

(1) Ako povećanje naknade plaće nije izvršeno prema članku 86. 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 86. ovoga Pravilnika i stavku 1. ovoga članka pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca nakon ispunjenja uvjeta za povećanje naknade plaće.

Članak 88.

(1) Povećanje naknade plaće prema člancima 86. i 87. 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 86. ovoga Pravilnika.

3.4. Visina naknade plaće

Članak 89.

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 od dana isteka 18 mjeseci neprekidne privremene nesposobnosti po istoj dijagnozi bolesti u skladu s člankom 52. Zakona.

IV. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Ostvarivanje zdravstvene zaštite

Članak 90.

(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

drugo 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 91.

(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 92.

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

Članak 93.

(1) O pravu na naknadu plaće odlučuje se, u pravilu, bez donošenja pisanog rješenja na osnovi tiskanice „Izvješće 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 94.

(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 95.

(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 tiskanice Izvješće o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad u skladu s člankom 38. stavkom 3. i 4. Zakona.

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

Članak 96.

(1) Izvješće o privremenoj nesposobnosti/spriječenosti za rad iz članka 95. ovoga Pravilnika izdaje se:

- 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.

2.2. Ostvarivanje prava na naknadu za troškove prijevoza i novčanu naknadu na ime troškova prijevoza

Članak 97.

Na zahtjev osigurane osobe, koja nije zadovoljna izvršenom isplatom naknade za troškove prijevoza, odnosno novčane naknade na ime troškova prijevoza radi korištenja hemodijalize, kao i u slučaju kada joj se osporava pravo na navedene naknade, osiguranoj osobi se izdaje rješenje u upravnom postupku.

Članak 98.

(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 obveznoga 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, a za zrakoplov u visini najniže cijene zrakoplovne karte za ekonomsku klasu.

(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. Zakona i 65. ovoga Pravilnika za ostvarivanje prava na naknadu troškova prijevoza radi korištenja zdravstvene zaštite na osnovi izdanog putnog naloga iz članka 65. stavka 4. Zakona i članka 66. 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 organizacionu 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) Izdavanje putnog naloga nakon što je zdravstvena zaštita obavljena nije dozvoljeno.

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

(9) 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.

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

Članak 99.

Iznimno od odredbe članka 98. ovoga Pravilnika u slučajevima iz članka 70. 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 te originalni račun za izvršen prijevoz taksi službom koji glasi na ime osigurane osobe.

Članak 100.

(1) Pravo na naknadu za troškove prijevoza i novčanu naknadu na ime troškova prijevoza osigurana osoba iz članka 69. ovoga Pravilnika ostvaruje na osnovi potvrde ugovorne zdravstvene ustanove o broju izvršenih hemodijaliza u prethodnom kalendarskom mjesecu.

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

(3) Tiskanica potvrde iz stavka 1. ovoga članka, koja je ujedno i zahtjev osigurane osobe za isplatom naknade iz stavka 1. ovoga članka, tiskana je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

V. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 101.

Osigurane osobe koje su započele ostvarivati prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 49/14., 51/14., 11/15., 17/15. i 123/16.) od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja nastavljaju koristiti prema njegovim odredbama.

Članak 102.

Danom stupanja na snagu ovoga Pravilnika prestaje važiti Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 49/14., 51/14., 11/15., 17/15. i 123/16.)

Članak 103.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osam dana od dana objave u „Narodnim novinama“.