

**PRAVILNIK
O PRAVIMA, UVJETIMA I NAČINU OSTVARIVANJA
PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 67/09.), te njegove izmjene i dopune objavljene u "Narodnim novinama" broj 116/09., 4/10., 13/10., 88/10., 131/10., 1/11. i 87/11.) u kojima je naznačeno vrijeme njihovog stupanja na snagu.

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

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

Članak 2.

Osiguranom osobom Zavoda (u daljnjem tekstu: osigurana osoba) smatra se osoba kojoj je na način propisan Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda utvrđen status osiguranika, odnosno osigurane osobe.

Članak 3.

Osiguranoj osobi osiguravaju se prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u opsegu, na način i pod uvjetima propisanim Zakonom, drugim propisima, ovim Pravilnikom, te drugim općim aktima Zavoda kojih propisa se obvezna pridržavati i osigurana osoba u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

II. UTVRĐIVANJE STATUSA OSIGURANE OSOBE

Članak 4.

- (1) Status osigurane osobe utvrđuje Zavod.
- (2) Osigurana osoba, u pravilu, prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja stječe danom stjecanja statusa osigurane osobe.
- (3) Status osigurane osobe stječe se danom nastanka okolnosti osnovom kojih se u skladu sa Zakonom utvrđuje status u obveznom zdravstvenom osiguranju ako općim aktom Zavoda iz članka 6. stavka 4. ovog Pravilnika nije drukčije propisano.
- (4) Iznimno od stavka 2. ovog članka osiguranik iz članka 6. stavka 1. točke 4., 6., 7., 8. i 10. Zakona, koji prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje nije podnio u zakonskom roku od 8 dana od dana nastanka okolnosti na osnovi kojih se stječe status u obveznom zdravstvenom osiguranju, prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja stječe danom zaprimanja prijave od strane Zavoda.
- (5) Osobi kojoj Zavod utvrdi status osigurane osobe izdaje se iskaznica obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: zdravstvena iskaznica) čiji je oblik, sadržaj, način izdavanja i korištenja propisan općim aktom Zavoda.
- (6) Općim aktom Zavoda propisuje se u kojim se slučajevima osobi kojoj je utvrđen status osigurane osobe ne izdaje zdravstvena iskaznica.

Članak 5.

(1) Status osigurane osobe utvrđuje Zavod na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje (prijava na obvezno zdravstveno osiguranje, prijava o promjeni u obveznom zdravstvenom osiguranju i odjava s obveznog zdravstvenog osiguranja – u daljnjem tekstu: prijava) koju podnosi pravna ili fizička osoba – poslodavac, odnosno osoba osobno na način propisan općim aktom Zavoda.

(2) Iznimno, ako Zavod u provedbenom postupku utvrdi da pravna ili fizička osoba nije u propisanom roku od 8 dana podnijela prijavu, po službenoj će dužnosti osobi utvrditi status osigurane osobe u skladu s općim aktom Zavoda.

(3) Osobi koja je zaposlena kod dva ili više poslodavaca status osiguranika utvrđuje se na osnovi prijave pravne ili fizičke osobe – prvog podnosioca prijave i izdaje joj se jedna zdravstvena iskaznica.

(4) Ako Zavod prihvati prijavu, izdaje osiguranoj osobi zdravstvenu iskaznicu čime je postupak po prijavi okončan.

(5) Ako Zavod iznimno po službenoj dužnosti utvrđuje status osigurane osobe, o tome obvezno donosi pisano rješenje koje dostavlja i obvezniku podnošenja prijave.

(6) U razdoblju od podnošenja prijave do dana izdavanja zdravstvene iskaznice, kao i u slučajevima kada se ne izdaje zdravstvena iskaznica, osigurana osoba svoj status dokazuje kopijom ovjerene prijave.

(7) Ako Zavod ne prihvati podnijetu prijavu ili utvrdi status osigurane osobe prema nekoj drugoj zakonskoj osnovi osiguranja, o tome obvezno donosi pisano rješenje koje dostavlja podnosiocu prijave i zainteresiranoj osobi.

(8) Protiv rješenja iz stavka 5. i 7. ovog članka može se izjaviti žalba Direkciji Zavoda.

Članak 6.

(1) Pravna, odnosno fizička osoba iz članka 5. stavka 1. ovog Pravilnika obvezna je prijavu dostaviti u roku od 8 dana od dana nastanka ili promjene okolnosti na osnovi kojih se stječe, odnosno na osnovi kojih prestaje status osigurane osobe.

(2) Prijava mora biti temeljena na istinitom činjeničnom stanju i postojanju stvarnih okolnosti koje su osnova za stjecanje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju, te Zavod u skladu sa Zakonom ima pravo i obvezu nakon zaprimanja prijave, kao i za sve vrijeme trajanja statusa osigurane osobe, provjeravati postojanje okolnosti na osnovi kojih je prijava podnesena, odnosno na osnovi kojih je osobi priznat status osigurane osobe.

(3) Ako se provjerom utvrdi nepostojanje okolnosti za stjecanje statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju prema zakonskoj osnovi osiguranja za koju je prijava podnesena, odnosno ako se utvrdi da je prijava temeljena na neistinitim činjenicama, Zavod potonju neće prihvatiti, odnosno obnovit će postupak utvrđivanja statusa osigurane osobe, poništiti tako utvrđen status osiguranoj osobi, te osobi utvrditi status u obveznom zdravstvenom osiguranju prema osnovi osiguranja na koji je bila prijavljena prije osporenog statusa ili prema nekoj drugoj zakonskoj osnovi za koju ispunjava propisane uvjete.

(4) Zavod općim aktom utvrđuje datum stjecanja, odnosno prestanka statusa osigurane osobe Zavoda, te način utvrđivanja i kontrole okolnosti koje su osnova za stjecanje statusa osigurane osobe.

Članak 7.

(1) Podnosilac prijave obvezan je uz potonju priložiti i odgovarajuće dokaze kojima se dokazuje zakonska osnova osiguranja na osnovi kojih se može steći status osigurane osobe, a koji su propisani općim aktom Zavoda iz članka 6. stavka 4. ovog Pravilnika.

(2) Podnosilac prijave obvezan je na traženje Zavoda dostaviti i druge odgovarajuće dokaze kojima se dokazuje postojanje okolnosti, odnosno istinitost činjenica osnovom kojih je prijava podnesena.

Članak 8.

(1) Ako je stjecanje statusa osigurane osobe – člana obitelji osiguranika uvjetovano nesposobnošću za samostalan život i rad i uzdržavanjem od strane osiguranika, osobe moraju ispunjavati uvjete propisane člankom 9. i 10. ovog Pravilnika.

(2) Osim uvjeta propisanih u stavku 1. ovog članka za stjecanje statusa osigurane osobe – člana obitelji osiguranika, osobe iz članka 8. stavka 1. točke 3. i 4. Zakona (roditelji, unuci, braća, sestre, djed i baka) moraju živjeti u zajedničkom kućanstvu s osiguranikom što dokazuju osobnom iskaznicom, odnosno potvrdom nadležne policijske uprave o prebivalištu, odnosno boravku na istoj adresi.

Članak 9.

(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. ovog 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 10.

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

1. ako je navršila 60 (žena), odnosno 65 (muškarac) godina života
2. ako je prema propisima o mirovinskom osiguranju proglašena potpuno i trajno nesposobna za rad
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 ovlaštenog doktora Zavoda ocijenjena nesposobnom za samostalan život i rad u trajanju od najmanje godinu dana, ovisno o zdravstvenom stanju osobe.

Članak 11.

(1) Ako je članu obitelji osiguranika priznat status osigurane osobe u skladu s uvjetima utvrđenim člankom 8. do 10. ovog Pravilnika, član obitelji pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ostvaruje sve dok ispunjava te uvjete, s tim da je nakon isteka godine dana od dana priznatog statusa obavezan ponovno dostaviti područnom uredu Zavoda dokaz da i dalje ispunjava propisane uvjete.

(2) Pri utvrđivanju statusa osigurane osobe iz članka 8. stavka 2. ovog Pravilnika, kao i u slučaju djeteta bez roditelja koje osiguranik uzdržava iz članka 8. stavka 1. točke 2. Zakona, Zavod obvezno donosi pisano rješenje.

(3) Osiguranik putem kojeg je osigurana osoba iz stavka 1. ovog članka stekla pravo na obvezno zdravstveno osiguranje obavezan je u roku od 8 dana prijaviti svaku promjenu koja bi bila od utjecaja na ispunjenje uvjeta uzdržavanja iz stavka 1. ovog članka.

Članak 12.

Izvanbračni supružnik stječe status člana obitelji osiguranika u smislu članka 8. stavka 1. točke 1.

Zakona ako su ispunjeni sljedeći uvjeti:

1. da pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti prema nekoj od osnova utvrđenih člankom 6. Zakona

2. da ima prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj ako 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 6. stavka 1. točke 7. Zakona koji u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje i koji su prema toj osnovi obvezno osigurani na mirovinsko osiguranje ne mogu steći status člana obitelji osiguranika u smislu članka 8. Zakona.

Članak 14.

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

(2) Osiguranoj osobi kod koje nisu prestale okolnosti na osnovi kojih je stekla status osigurane osobe, odnosno koja je status osigurane osobe stekla osnovom osobnog plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje (članak 11. 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 boravka.

III. PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Zdravstvena zaštita

Članak 15.

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđenu člankom 15. Zakona u opsegu, na način i pod uvjetima propisanim Zakonom, posebnim propisima, međudržavnim ugovorima, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda.

Članak 16.

(1) Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na području Republike Hrvatske u zdravstvenim ustanovama, kod zdravstvenih radnika privatne prakse i kod isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite, odnosno ugovor o izradi, isporuci i popravku ortopedskih i drugih pomagala (u daljnjem tekstu: ugovorni subjekti Zavoda).

(2) Osigurana osoba ostvaruje pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu pod uvjetima, u opsegu i na način propisan općim aktom Zavoda.

Članak 17.

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava Zavoda na osnovi važeće zdravstvene iskaznice, odnosno na osnovi ovjerene kopije prijave.

Članak 18.

Troškovi zdravstvene zaštite terete sredstva Zavoda ako osigurana osoba tu zdravstvenu zaštitu ostvaruje kod ugovornih subjekata Zavoda na način i pod uvjetima propisanim Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda.

Članak 19.

Osigurana osoba obvezna je prilikom korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u skladu s člankom 16. stavkom 3. i 4. i člankom 17. stavkom 5. Zakona neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja na koje se osigurala u skladu sa Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Članak 20.

(1) Propisano sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. ovog Pravilnika naplaćuju neposredno osiguranoj osobi ugovorni subjekti Zavoda.

(2) Ugovorni subjekti Zavoda obvezni su osiguranoj osobi prilikom naplate sudjelovanja iz stavka 1. ovog članka izdati potvrdu čiji je oblik i sadržaj propisan općim aktima Zavoda o ugovaranju zdravstvene zaštite sa zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima privatne prakse.

(3) Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite za liječenje u inozemstvu iz članka 16. stavka 3. točke 6. Zakona osigurana osoba plaća neposredno zdravstvenoj ustanovi u inozemstvu ili nadležnom područnom uredu Zavoda u skladu s općim aktom Zavoda.

(4) Osiguranoj osobi koja je osobno u cijelosti snosila troškove za zdravstvenu zaštitu korištenu u inozemstvu, te u postupku pokrenutom prema njezinom zahtjevu ostvarila pravo na povrat tih troškova u skladu s općim aktom Zavoda, Zavod će na osnovi rješenja izvršiti povrat sredstava umanjen za iznos sudjelovanja utvrđenog člankom 16. stavkom 3. Zakona.

Članak 21.

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 22.

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

Članak 23.

Osiguranik Zavoda koji ima prebivalište na području druge države (pogranični migranti), ostvaruje zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja kod ugovornih subjekata Zavoda koji su najbliži njegovom mjestu rada ako to nije drukčije uređeno međudržavnim ugovorom.

1.1. Primarna zdravstvena zaštita

Članak 24.

(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.

(2) Iznimno od stavka 1. ovog članka osigurana osoba koja privremeno boravi izvan mjesta prebivališta, odnosno boravka (npr. službeni put, godišnji odmor) ima pravo u slučaju npr. traume, akutne upalne i zarazne bolesti, akutnog poremećaja koji zahtijeva terapijsko zbrinjavanje i sl. koristiti primarnu zdravstvenu zaštitu, osim utvrđivanja prava na bolovanje, kod bilo kojeg ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite u mjestu privremenog boravka, u istom opsegu kao i kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite.

(3) Izabrani doktor iz stavka 1. kao i ugovorni doktor iz stavka 2. ovog članka nakon pružene zdravstvene zaštite mogu osiguranoj osobi izdati povijest bolesti na tiskanici Povijest bolesti iz ordinacije PZZ-a, koju ovjeravaju svojim potpisom i pečatom ordinacije.

(4) Osigurana osoba obvezna je ovjerenu tiskanica Povijesti bolesti iz stavka 3. ovog članka sačuvati do ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja navedenih na Povijesti bolesti. U određenim izvanrednim situacijama utvrđenim ovim Pravilnikom kao drugim općim aktima Zavoda, osigurana osoba može uz predočenje ovjerene tiskanice Povijesti bolesti ostvariti pravo na pojedine vidove zdravstvene zaštite (lijekove propisane na e-recept u ljekarni, primarnu laboratorijsku dijagnostiku propisanu na e-uputnicu za primarnu laboratorijsku dijagnostiku), na način i po postupku utvrđenom provedbenim naputkom Zavoda.

(5) Tiskanica Povijesti bolesti iz ordinacije PZZ-a iz stavka 3. ovog 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 25.

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

1. utvrđuje kada je bolovanje osiguranika nastupilo i prestalo u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim propisima

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

3. određuje potrebu prijevoza javnim prijevoznim sredstvom osigurane osobe s obzirom na njezino zdravstveno stanje i udaljenost odredišta u skladu s odredbama članka 49. Zakona, te članaka 72. i 73. ovog Pravilnika

4. određuje potrebu sanitetskog prijevoza osigurane osobe u skladu s propisom ministra nadležnog za zdravstvo iz članka 16. stavka 2. točke 13. Zakona i odredbama ovog Pravilnika

5. ocjenjuje stupanj trudnoće osiguranice zbog određivanja prava na rodiljni dopust, a na osnovi nalaza i mišljenja izabranog doktora ginekologa

6. utvrđuje potrebu izostanka osiguranika s posla zbog njege bolesnog člana uže obitelji u skladu s člankom 29. Zakona

7. daje mišljenje je li privremena nesposobnost za rad osiguranika svjesno prouzročena, odnosno da li je ozdravljenje, odnosno osposobljavanje osiguranika za rad namjerno sprječavano

8. utvrđuje potrebu pratnje osigurane osobe za vrijeme putovanja radi korištenja zdravstvene zaštite, te daje mišljenje o potrebi boravka pratioca uz dijete za vrijeme liječenja u drugom mjestu na području Republike Hrvatske u skladu s ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda

9. odobrava 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

10. upućuje osiguranu osobu osnovom njezinog prigovora da se s potrebnom medicinskom i drugom dokumentacijom obrati nadležnom ovlaštenom doktoru Zavoda zbog davanja nalaza, mišljenja i ocjene po prigovoru

11. upućuje osiguranika nadležnom ovlaštenom doktoru Zavoda zbog utvrđivanja prava na bolovanje i duljine trajanja bolovanja nakon protoka roka trajanja bolovanja utvrđenog propisom ministra nadležnog za zdravstvo

12. odlučuje o potrebi upućivanja osiguranika na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti, upućuje ga na potrebnu dijagnostičku obradu, te s kompletiranom medicinskom i drugom dokumentacijom upućuje osiguranika na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti

13. 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

14. naplaćuje sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda

15. 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.

1.1.1. Liječenje u kući osigurane osobe

Članak 26.

(1) Osigurana osoba ima pravo na liječenje u kući.

(2) Liječenje u kući može se provoditi kao:

– kućna posjeta kod akutnih stanja

– kućno liječenje

– pružanje hitne medicinske pomoći u kući osigurane osobe.

(3) Kućno liječenje osigurane osobe iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka može se provoditi samo pod nadzorom izabranog doktora kada zdravstveno stanje osigurane osobe zahtijeva takvo liječenje, a ne postoji potreba za bolničkim liječenjem.

1.1.2. Zdravstvena njega u kući osigurane osobe

Članak 27.

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

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

1.1.3. Patronažna zdravstvena skrb

Članak 28.

(1) U okviru patronažne zdravstvene skrbi 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 skrb utvrđeni su općim aktom Zavoda.

1.1.4. Hitna medicinska pomoć

Članak 29.

(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. ovog članka provode zdravstvene ustanove koje imaju sklopljen ugovor sa Zavodom za djelatnost hitne medicine, hitne službe bolničke zdravstvene ustanove, odnosno najbliži doktor medicine.

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

1.1.5. Sanitetski prijevoz

Članak 30.

(1) Pravo na sanitetski prijevoz radi korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje osigurana osoba koja ispunjava uvjete propisane općim aktom ministra nadležnog za zdravstvo iz članka 16. stavka 2. točke 13. Zakona.

(2) U skladu sa Zakonom, osigurana osoba ima pravo na sanitetski prijevoz do najbližeg ugovornog subjekta Zavoda koji sa Zavodom ima ugovorenu i može pružiti traženu zdravstvenu zaštitu, a ostvaruje ih na osnovi naloga za sanitetski prijevoz izdanog od strane izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite koji je izdao uputnicu za traženu zdravstvenu zaštitu iz članka 34. i 41. ovog Pravilnika.

(3) Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog 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 obveznog zdravstvenog osiguranja.

(5) Iznimno, osigurana osoba koja je radi smanjenja Nacionalne liste čekanja prihvatila od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi ponuđenu mogućnost korištenja tražene zdravstvene zaštite kod ugovornog subjekta koji nije najbliži njezinom mjestu prebivališta, odnosno boravka ima pravo na sanitetski prijevoz na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 31.

Pod sanitetskim prijevozom iz članka 30. ovog Pravilnika podrazumijeva se prijevoz osigurane osobe sanitetskim vozilom:

1. iz mjesta prebivališta, odnosno boravka u ugovornu zdravstvenu ustanovu ili ordinaciju ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, odnosno iz ugovorne zdravstvene ustanove ili ordinacije ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u mjesto prebivališta, odnosno boravka

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

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

Članak 32.

Potrebu sanitetskog prijevoza utvrđuje:

1. izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite koji izdaje uputnicu za korištenje zdravstvene zaštite iz članka 34. i 41. ovog Pravilnika
2. doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj se osigurana osoba liječi, odnosno ugovorni doktor privatne prakse
3. doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi koja provodi hitnu medicinu kod kojeg je osigurana osoba u postupku liječenja
4. ovlašteni doktor Zavoda u skladu s odredbama ovog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda.

Članak 33.

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

1. izabrani doktor – u slučaju kad se osiguranu osobu radi korištenja zdravstvene zaštite upućuje iz mjesta prebivališta, odnosno boravka u ugovornu zdravstvenu ustanovu ili ordinaciju ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, te na prijedlog ovlaštenog doktora u slučaju prijevoza osigurane osobe u inozemstvo ili povratka iz inozemstva u skladu s odredbama ovog Pravilnika i dugih općih akata Zavoda

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 boravka, 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.

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

1. osiguranu osobu prevozi iz mjesta prebivališta, odnosno boravka u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog doktora privatne prakse, odnosno kad se osiguranu osobu prevozi iz ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse u mjesto prebivališta, odnosno boravka

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

3. osiguranu osobu prevozi na liječenje u inozemstvo, odnosno kad se osiguranu osobu prevozi s liječenja u inozemstvu u mjesto prebivališta, odnosno boravka, kao i u slučaju kad se osiguranu osobu iz inozemstva prevozi u ugovornu zdravstvenu ustanovu u Republici Hrvatskoj zbog nastavka liječenja.

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

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

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

3. osiguranu osobu premješta iz jedne ugovorne bolničke ustanove za liječenje akutnih bolesti u

drugu ugovornu bolničku ustanovu za liječenje akutnih bolesti koja nije najbliža mjestu prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe

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

(4) Doktor ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno doktor privatne prakse koji je u skladu sa stavkom 1. ovog članka obavezan izdati nalog za sanitetski prijevoz obavezan je za osiguranu osobu dogovoriti, odnosno kod ugovornog subjekta Zavoda iz stavka 2. i 3. ovog članka naručiti prijevoz sanitetskim vozilom.

(5) Tiskanice naloga za sanitetski prijevoz iz stavka 1. ovog članka sastavni su dio ovog Pravilnika.

1.1.6. Laboratorijska dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite

Članak 33.a

(1) Laboratorijska dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite ostvaruje se na osnovi uputnice izabranog doktora obiteljske (opće) medicine izdane na tiskanici uputnice za primarni laboratorij ili uputnice ispostavljene elektroničkim putem kao elektronička isprava sukladno Zakonu o elektroničkoj ispravi (»Narodne novine« broj 150/05. – u daljnjem tekstu: e-uputnica za primarni laboratorij).

(2) Tiskanica uputnice za primarni laboratorij veličine je 21 cmx14,5 cm (format A-5) čiji je oblik i sadržaj otisnut uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

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

(4) E-uputnicu za primarni laboratorij otisnuta prema vanjskom obrascu iz stavka 3. ovog 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 ostvarivanja njezinih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

(5) U slučaju kada, na osnovi e-uputnice za primarni laboratorij zbog nemogućnosti uspostave komunikacijske veze sa Centralnim informacijskim sustavom Republike Hrvatske (CEZIH), nije privremeno moguće provesti postupak po e-uputnici, postupa se na način propisan provedbenim nalogom Zavoda, pod uvjetom da osigurana osoba može prilikom korištenja laboratorijskih usluga ovlaštenoj osobi u laboratoriju predložiti ovjerenu tiskanicu Povijesti bolesti iz ordinacije PZZ-a, čiji sadržaj je propisan člankom 24. ovog Pravilnika.

1.2. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

Članak 34.

(1) Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje, u pravilu, u najbližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod najbližeg ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse prema mjestu svoga prebivališta odnosno boravka, koji sa Zavodom ima ugovorenu i osiguranoj osobi može pružiti traženu zdravstvenu zaštitu, a na osnovi uputnice koju izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite:

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

(2) O potrebi upućivanja na specijalističke preglede te dijagnostičke, odnosno terapijske postupke osim izabranog doktora iz stavka 1. ovog članka odlučuje i doktor specijalist školske medicine, doktor specijalist epidemiolog, odnosno doktor specijalist javnog zdravstva.

Članak 35.

(1) Ako je na osnovi provedenog pregleda doktor specijalist ugovorne bolničke zdravstvene ustanove utvrdio potrebu za daljnjom specijalističko – konzilijarnom obradom u svezi s uputnom dijagnozom, osigurana osoba ima pravo specijalističko – konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, koja se može provesti u toj ugovornoj bolničkoj ustanovi, ostvariti na osnovi specijalističkih uputnica koje izdaje doktor specijalist koji je utvrdio potrebu za daljnjom obradom.

(2) Ako se tražena specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita ne može provesti u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi iz stavka 1. ovog članka osiguranoj osobi će se na osnovi specijalističke uputnice iz stavka 1. ovog članka dogovoriti specijalističko-konzilijarna obrada u drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi (suradnoj ustanovi) koja ima ugovorenu traženu djelatnost.

(3) Osigurana osoba kojoj se u roku od 60 dana od dana izdavanja specijalističkih uputnica ne osigura zdravstvena zaštita koju je indicirao doktor specijalist iz stavka 1. i 2. ovog članka, ima pravo na izdavanje uputnice iz članka 34. stavka 1. ovog Pravilnika.

Članak 36.

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

Članak 37.

(1) Izabrani doktor obvezan je na uputnici za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu navesti naziv specijalista kojem upućuje osiguranu osobu, te uz uputnicu priložiti povijest bolesti i sve nalaze do tada obavljenih specijalističkih pregleda, dijagnostičkih, odnosno terapijskih postupaka.

(2) Uputnica ima obilježje narudžbe za izvršenje traženog specijalističkog pregleda, dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

(3) Uputnica iz stavka 2. ovoga članka vrijedi 30 dana od dana izdavanja, a osigurana osoba obvezna se u tom roku javiti ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ugovornom zdravstvenom radniku privatne prakse iz članka 34. stavka 1. ovog Pravilnika zbog narudžbe na specijalistički pregled ili dijagnostički, odnosno terapijski postupak.

Članak 38.

Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse iz članka 34. ovog Pravilnika obvezan je osiguranu osobu upućenu zbog korištenja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite primiti odmah, a najkasnije u roku 30 dana od dana kad im se osigurana osoba s uputnicom izabranog doktora prvi put javila.

Članak 39.

(1) Doktor specijalist nakon izvršenog specijalističkog pregleda, dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka obvezan je neposredno ili putem osigurane osobe izabranom doktoru dostaviti nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osigurane osobe s uputama za daljnje liječenje.

(2) Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse koji je pružio specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, obvezan je osiguranoj osobi izdati osobni račun.

Članak 40.

Nakon dobivenih nalaza o obavljenom specijalističkom pregledu, dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku osigurana osoba obvezna je javiti se s nalazom svom izabranom doktoru odmah, a najkasnije u roku tri dana.

1.3. Bolnička zdravstvena zaštita

Članak 41.

(1) Bolničku zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje u ugovornim bolničkim ustanovama za liječenje bolesnika oboljelih od akutnih, subakutnih i kroničnih bolesti na osnovi izdane uputnice za bolničko liječenje koju osiguranoj osobi izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite ili doktor u službi hitne medicine.

(2) Iznimno, osigurana osoba bolničku zdravstvenu zaštitu ostvaruje bez uputnice u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći u skladu s člankom 29. ovog Pravilnika.

(3) Bolničko liječenje osigurana osoba ostvaruje, u pravilu, u najbližoj ugovornoj bolničkoj ustanovi prema mjestu prebivališta, odnosno boravka koja sa Zavodom ima ugovorenu traženu zdravstvenu zaštitu.

Članak 42.

(1) Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite obavezan je na uputnici za bolničko liječenje navesti naziv djelatnosti zdravstvene zaštite koja se traži, te uz uputnicu priložiti cjelokupnu raspoloživu medicinsku dokumentaciju osigurane osobe.

(2) Uputnica ima obilježje narudžbe za izvršenje traženog bolničkog liječenja.

(3) Uputnica iz stavka 2. ovoga članka vrijedi 30 dana od dana izdavanja, a osigurana osoba obvezna je u tom roku javiti se ugovornoj zdravstvenoj ustanovi iz članaka 41., 43. i 44. ovog Pravilnika zbog korištenja bolničke zdravstvene zaštite.

Članak 43.

Bolničko liječenje osiguranih osoba koje boluju od kroničnih bolesti provodi se u ugovornim specijalnim bolnicama za liječenje: duševnih bolesti, plućnih bolesti, djece s trajnim psihofizičkim smetnjama, te fizikalnom medicinom i medicinskom rehabilitacijom.

Članak 44.

Pravo na bolničku medicinsku rehabilitaciju u ugovornoj bolničkoj ustanovi osigurana osoba ostvaruje kao nastavak bolničkog liječenja ili na osnovi uputnice izabranog doktora na način i pod uvjetima utvrđenim općim aktom Zavoda.

Članak 45.

(1) Pravo na cjelodnevni smještaj uz dijete, koje se nalazi na bolničkom liječenju u smislu članaka 41., 43., i 44. ovog Pravilnika, ovisno o odgovarajućim smještajnim kapacitetima ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi ostvaruje osigurana osoba:

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

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

(2) Pravo iz stavka 1. ovog 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.

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

(4) Osigurana osoba – jedan od roditelja djeteta mlađeg od 5 godina života, te jedan od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju iz stavka 1. ovog članka, a na prijedlog odjelnog doktora ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi ima pravo na dnevni smještaj uz dijete, koje se nalazi na bolničkom liječenju u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi za liječenje djece oboljele od akutnih bolesti, na osnovi uputnice iz stavka 2. ovog članka.

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

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

(7) Osigurana osoba koja ostvaruje pravo na smještaj uz dijete iz stavka 1., 4. i 6. ovog članka nije obvezna sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, a osiguranik koji u skladu s odredbama Zakona može ostvariti pravo na naknadu plaće, za vrijeme tog smještaja ima pravo na naknadu plaće na ime bolovanja zbog njege djeteta.

Članak 46.

(1) Pravo na smještaj u ugovornoj specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju može ostvariti osigurana osoba – jedan od roditelja djeteta s posebnim zdravstvenim potrebama, odnosno osoba koja o njemu skrbi, a određena je za pratitelja djeteta pod uvjetima utvrđenim općim aktom Zavoda.

(2) Pravo iz stavka 1. ovog članka ostvaruje se na osnovi iste uputnice kojom je dijete upućeno na bolničko liječenje.

(3) Osigurana osoba koja ostvaruje pravo na smještaju uz dijete iz stavka 1. ovog članka nije obvezna sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, a osiguranik koji u skladu s odredbama Zakona može ostvariti pravo na naknadu plaće, za vrijeme tog smještaja ima pravo na naknadu plaće na ime bolovanja zbog njege djeteta.

Članak 47.

Ugovorna bolnička ustanova iz članaka 41., 43. i 44. ovog Pravilnika obvezna je upućenu osiguranu osobu primiti na bolničko liječenje u najkraćem mogućem roku, a u slučajevima ugroženosti života, odmah.

Članak 48.

Ugovorna bolnička ustanova obvezna je nakon obavljenog bolničkog liječenja izdati osiguranjoj osobi otpusno pismo i osobni račun.

Članak 49.

Osigurana osoba obvezna je javiti se s otpusnim pismom iz članka 48. ovog Pravilnika osobno ili putem člana obitelji, odnosno treće osobe svom izabranom doktoru odmah, a najkasnije u roku od tri dana.

Članak 50.

(1) Tiskanica uputnice iz članka 34. i 41. ovog Pravilnika veličine je 21 cm x 14,5 cm (format A-5) čiji je oblik i sadržaj otisnut 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) Podaci s zdravstvene iskaznice na uputnicu se unose pretiskom s zdravstvene iskaznice, odnosno upisom na način propisan stavkom 2. ovog članka.

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

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

(6) E-uputnica otisnuta prema vanjskom obrascu iz stavka 5. ovog 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 ostvarivanja njezinih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.«

1.4. Ortopedska i druga pomagala

Članak 51.

Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje pravo na ortopedska i druga pomagala pod uvjetima i na način propisan Zakonom i općim aktom Zavoda.

1.5. Dentalno-protetska pomoć i dentalno-protetski nadomjestci

Članak 52.

Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruje pravo na dentalno-protetsku pomoć, dentalno-protetske nadomjestke i ortodontska pomagala pod uvjetima i na način propisan Zakonom i općim aktom Zavoda.

1.6. Pravo na lijekove

Članak 53.

(1) Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni Odlukom o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Osnovna lista lijekova) i Odlukom o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Dopunska lista lijekova), pod uvjetima i na način propisan Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda.

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

(3) Na osnovi propisanih medicinskih indikacija osigurana osoba ima pravo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti i lijekove s Dopunske liste lijekova ali do visine cijene ekvivalentnog lijeka s Osnovne liste lijekova u skladu s člankom 17. 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) Iznimno od stavka 2. i 3. ovog članka osigurana osoba može, na osnovi prethodnog odobrenja liječničkog povjerenstva Direkcije Zavoda, ostvariti pravo na lijek s Osnovne liste lijekova, odnosno Dopunske liste lijekova za koji ne ispunjava propisane medicinske indikacije, pod uvjetom da je potrebu korištenja lijeka predložilo povjerenstvo za lijekove bolnice u kojoj se osigurana osoba liječi, a na teret ugovorenih sredstava bolničke zdravstvene ustanove.

(6) Osigurana osoba koja je mimo postupaka utvrđenih ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda kupila lijekove s Osnovne liste lijekova i Dopunske liste lijekova nema pravo osnovom postavljenog zahtjeva na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti pravo na povrat tih troškova osim u slučaju iz članka 97. ovog Pravilnika.

2. Novčane naknade

2.1. Naknada plaće za vrijeme bolovanja

Članak 54.

Osiguraniku za vrijeme bolovanja pripada pravo na naknadu plaće u slučajevima, pod uvjetima i na način opisan Zakonom i ovim Pravilnikom.

Članak 55.

(1) Naknada plaće za vrijeme bolovanja (u daljnjem tekstu: naknada plaće) pripada osiguraniku – radniku od prvog dana bolovanja, a osiguraniku koji obavlja gospodarsku djelatnost, odnosno samostalno u obliku zanimanja obavlja profesionalnu djelatnost od 43. dana bolovanja.

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

Članak 56.

Naknadu plaće iz članka 26. točke 1. i 2. Zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac u skladu s člankom 27., odnosno člankom 28. Zakona i to:

1. za prvih 7 odnosno 42 dana bolovanja, a u slučaju rada osiguranika u inozemstvu za sve vrijeme dok se osiguranik nalazi u inozemstvu – na teret poslodavca ako Zakonom nije drukčije propisano

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

Članak 57.

(1) Osiguraniku kojemu je za vrijeme trajanja bolovanja prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom pripada pravo na naknadu plaće u skladu s člankom 38. Zakona.

(2) Isplatu naknade plaće iz stavka 1. ovog članka izvršit će Zavod neposredno osiguraniku.

Članak 58.

(1) Naknadu plaće prema odredbama Zakona i ovog Pravilnika obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac, osim u slučajevima iz članka 26. točke 3., 6., 7., 8. i 9. Zakona kad naknadu plaće obračunava i isplaćuje Zavod ako dogovorom između Zavoda i poslodavca nije drukčije određeno.

(2) Sredstva koja je poslodavac isplatio u skladu sa stavkom 1. ovog članka, a koja prema odredbama Zakona terete sredstva Zavoda, Zavod je obavezan vratiti poslodavcu u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat, osim u slučaju bolovanja iz članka 26. točke 4. i 5. Zakona kad je Zavod obavezan poslodavcu vratiti isplaćenu naknadu plaće u roku od 30 dana od dana primitka zahtjeva za povrat. Kod rješavanja zahtjeva za povrat isplaćene naknade plaće Zavod postupa u skladu sa Zakonom, Zakonom o doprinosima i propisima donesenim u skladu s tim Zakonima.

(3) Uz zahtjev iz stavka 2. ovog članka poslodavac je obavezan priložiti tiskanicu – potvrda o plaći i tiskanicu – izvješće o bolovanju, te dokumentaciju o izvršenim isplatama naknada plaće.

(4) Iznimno, u slučaju stečajnog postupka poslodavca ili prestanka postojanja poslodavca, odnosno kad poslodavac nije u mogućnosti zbog nelikvidnosti isplatiti plaću, odnosno naknadu plaće za najmanje tri kalendarska mjeseca, naknadu plaće zbog bolovanja iz članka 26. točke 1. i 2. Zakona kad se naknada plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda, te članka 26. točke 4. i 5. Zakona, kao i u slučaju kada poslodavac ne izvrši isplatu naknade plaće koja tereti sredstva Zavoda, odnosno državnog proračuna u propisanom roku od 30 dana prema obračunu Zavoda iz članka 31. stavka 2. Zakona, isplatu će izvršiti Zavod neposredno osiguraniku.

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

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

Članak 59.

Osiguraniku koji je upućen na rad u inozemstvo naknada plaće pripada u skladu s odredbama Zakona i ovog Pravilnika s time da se isplaćuje na teret sredstava Zavoda samo za vrijeme njegovog boravka u Republici Hrvatskoj, osim u slučajevima korištenja roditeljnog dopusta i dopusta za slučaj smrti djeteta iz članka 26. točke 7. i 8. Zakona.

Članak 60.

(1) Osiguraniku kojem je u vrijeme bolovanja određen pritvor pripada naknada plaće u visini jedne trećine naknade, a ako uzdržava obitelj u visini jedne polovice pripadajuće naknade. Tako umanjena naknada pripada osiguraniku dok traje bolovanje za trajanja pritvora.

(2) Osiguraniku iz stavka 1. ovog članka nakon otpuštanja iz pritvora kad je postupak protiv njega pravomoćnom presudom obustavljen ili je pravomoćnom presudom oslobođen optužbe ili je optužba odbijena, ali ne zbog nenadležnosti suda, ostvaruje pravo na obustavljeni dio naknade plaće.

(3) Bolovanje za vrijeme trajanja pritvora u smislu stavka 1. ovog članka utvrđuje izabrani doktor obiteljske (opće) medicine na prijedlog doktora medicine ustanove u kojoj se osiguranik nalazi.

Članak 61.

(1) Osiguraniku koji se nalazi 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 za vrijeme dok je udaljen s rada stupi na bolovanje.

2.2. Naknada plaće zbog njege člana obitelji

Članak 62.

(1) Osiguranik ima pravo na naknadu plaće zbog njege djeteta i supružnika (bračnog i izvanbračnog) s kojim živi u zajedničkom kućanstvu i to za svaku utvrđenu bolest u trajanju propisanom člankom 29. Zakona.

(2) Pod djetetom iz stavka 1. ovog članka smatra se osim vlastitog djeteta i posvojeno dijete, pastorče, te dijete koje je na osnovi rješenja nadležnog tijela za poslove socijalne skrbi osiguraniku povjereno na čuvanje i odgoj.

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

2.3. Naknada plaće zbog trudnoće i porođaja

Članak 63.

Pravo na naknadu plaće za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta i dopusta za slučaj smrti djeteta iz članka 26. 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 64.

(1) Osoba koja je status osiguranika stekla u skladu s člankom 7. Zakona ostvaruje pravo na novčanu naknadu prema člancima 44. do 47. Zakona pod uvjetom da je privremeno nesposobna za obavljanje ugovorenih poslova zbog bolesti (u daljnjem tekstu: privremena nesposobnost) koju utvrđuje ovlaštení doktor Zavoda.

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

Članak 65.

(1) O pravu na novčanu naknadu zbog privremene nesposobnosti iz članka 64. ovog Pravilnika Zavod odlučuje rješenjem po prethodno pribavljenom nalazu, mišljenju i ocjeni ovlaštenog doktora Zavoda, a na osnovi pisanog zahtjeva osiguranika koji podnosi područnom uredu Zavoda nadležnom prema mjestu svog prebivališta, odnosno boravka.

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

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

2. medicinsku dokumentaciju o nastaloj bolesti

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

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

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

(3) Osiguranik je obavezan zahtjev iz stavka 1. ovog 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. ovog članka nadležni područni ured Zavoda upućuje osiguranika ovlaštenom doktoru Zavoda zbog utvrđivanja privremene nesposobnosti, a osiguranik je obavezan javiti se ovlaštenom doktoru odmah, odnosno najkasnije u roku od 3 dana.

Članak 66.

(1) Ovlašteni doktor Zavoda nalaz, mišljenje i ocjenu donosi na osnovi dokumentacije iz članka 65. stavka 4. ovog Pravilnika i pregleda osiguranika.

(2) Nalazom, mišljenjem i ocjenom ovlašteni doktor iz stavka 1. ovog članka 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 65. stavka 3. ovog Pravilnika, odnosno koji se nije javio ovlaštenom doktoru u roku iz članka 65. stavka 4. ovog Pravilnika, ovlašteni doktor može utvrditi početak privremene nesposobnosti najviše za 6 dana koji prethode danu donošenja nalaza, mišljenja i ocjene iz stavka 1. ovog članka.

Članak 67.

Rješenjem iz članka 65. stavka 1. ovog Pravilnika, kojim se osiguraniku priznaje pravo na novčanu naknadu zbog bolesti, 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 ovlaštenog doktora Zavoda o privremenoj nesposobnosti osiguranika.

Članak 68.

Novčana naknada iz članka 64. ovog Pravilnika, koja osiguraniku pripada zbog privremene nesposobnosti, obračunava se kao prosječna dnevna naknada izračunata na osnovi šestodnevno radnog tjedna.

Članak 69.

(1) Osnovicu za utvrđivanje novčane naknade iz članka 64. ovog 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. ovog 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. ovog članka osiguranik može ostvariti samo pod uvjetom da su mu ukupni primitci iz stavka 2. ovog članka isplaćeni najmanje u visini šestomjesečne minimalne osnovice osiguranja prema kojoj se plaća doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje u skladu s člankom 7. Zakona.

Članak 70.

(1) Visina novčane naknade iz članka 64. ovog Pravilnika iznosi 70% od osnovice za naknadu utvrđene u skladu s člankom 69. ovog Pravilnika, s time da tako utvrđena novčana naknada ne može iznositi više od najvišeg iznosa mjesečne naknade plaće utvrđene prema članku 42. stavku 3. Zakona.

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

Članak 71.

Novčana naknada iz članka 64. ovog Pravilnika osiguraniku pripada za sve vrijeme trajanja privremene nesposobnosti, ali ne duže od šest mjeseci neprekidno, odnosno 30 dana od dana prestanka statusa osiguranika.

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

Članak 72.

(1) Osiguranoj osobi u skladu s odredbama Zakona i ovog Pravilnika pripada pravo na naknadu troškova prijevoza ako je zbog korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja upućena iz mjesta svoga prebivališta, odnosno boravka (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) pod sljedećim uvjetima:

1. da je udaljenost od mjesta polaska do mjesta upućivanja veća od 30 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 je doktor medicine, odnosno dentalne medicine potvrdio na tiskanici putnog naloga da je izvršio traženi pregled, dijagnostičku pretragu ili postupak, odnosno da je ugovorni isporučitelj ortopedskih i drugih pomagala na tiskanici putnog naloga potvrdio da je izvršio uslugu uzimanja mjere za pomagala ili isporuku, odnosno popravak pomagala.

(2) Osigurana osoba darivalac organa, tkiva ili stanica, osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik, odnosno osigurana osoba upućena na liječenje u inozemstvo rješenjem Zavoda, ima pravo na naknadu troškova prijevoza radi korištenja zdravstvene zaštite u svezi s darivanjem organa, tkiva ili stanica, provođenja hemodijalize, odnosno liječenja u inozemstvu neovisno o udaljenosti od mjesta polaska do mjesta upućivanja.

(3) Pravo na naknadu troškova prijevoza neovisno o udaljenosti od mjesta polaska do mjesta upućivanja ostvaruje i osigurana osoba do 18. godine života.

Članak 73.

(1) Osigurana osoba u skladu sa Zakonom ima pravo na naknadu troškova prijevoza do najbližeg ugovornog subjekta Zavoda koji sa Zavodom ima ugovorenu i može pružiti traženu zdravstvenu zaštitu, 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 ortopedsku i druga pomagala u skladu s općim aktom Zavoda.

(2) Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlašteni radnik Zavoda iz stavka 1. ovog članka obavezan je na putnom nalogu naznačiti naziv mjesta sjedišta ugovornog subjekta Zavoda, te njegov naziv.

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

(4) Iznimno, osigurana osoba uz uvjete propisane člankom 72. ovog Pravilnika, koja je radi smanjenja Nacionalne liste čekanja prihvatila od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi ponuđenu mogućnost korištenja tražene zdravstvene zaštite kod ugovornog subjekta koji nije najbliži njezinom mjestu prebivališta, odnosno boravka ima pravo na naknadu troškova prijevoza.

Članak 74.

(1) Pod troškovima prijevoza iz članka 72. ovog Pravilnika podrazumijevaju se troškovi prijevoza javnim prijevoznim sredstvima gradskog, međugradskog, odnosno međunarodnog prometa po najnižoj cijeni i prema najkraćoj relaciji prema službenom daljinomjeru javnog prijevoznika.

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka osiguranoj osobi se zbog njezinog zdravstvenog stanja prema prethodnom odobrenju nadležnog ovlaštenog doktora 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 ovlaštenog doktora iz stavka 2. ovog članka odobreno skuplje prijevozno sredstvo ima pravo na naknadu troškova u visini cijene putne karte odobrenog prijevoznog sredstva.

Članak 75.

(1) Naknada troškova prijevoza pripada i za prijevoz posmrtnih ostataka osigurane osobe koja je zdravstvenu zaštitu koristila u smislu odredbi članka 72. ovog Pravilnika.

(2) Naknada troškova prijevoza do mjesta prebivališta osigurane osobe pripada i za prijevoz njezinih posmrtnih ostataka ako je osiguranoj osobi izvršena eksplantacija organa u svrhu transplantacije u zdravstvenoj ustanovi sa sjedištem izvan mjesta njezinog prebivališta.

(3) Pravo na naknadu troškova prijevoza iz stavka 1. i 2. ovog članka pripada pravnoj ili fizičkoj osobi koja je o svom trošku izvršila prijevoz i to u visini stvarnih troškova tog prijevoza.

Članak 76.

(1) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi kao kronični bubrežni bolesnik, a ne ispunjava uvjete za korištenje sanitetskog prijevoza propisane općim aktom ministra nadležnog za zdravstvo iz članka 30. ovog Pravilnika ima u ime troškova prijevoza pravo na novčanu naknadu u visini utvrđenoj u stavku 2., 3. i 4. ovog članka.

(2) Osigurana osoba koja zbog hemodijalize koristi prijevoz na području grada ili mjesta prebivališta, odnosno boravka gdje postoji organizirani javni prijevoz ima pravo na paušalnu novčanu naknadu u visini dvostrukog iznosa najniže cijene mjesečne pokazne karte.

(3) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi na području grada ili mjesta prebivališta, odnosno boravka gdje ne postoji organizirani javni prijevoz ima pravo na paušalnu naknadu u visini dvostrukog iznosa najniže cijene mjesečne pokazne karte najbližeg mjesta, odnosno grada u kojem postoji mogućnost korištenja takve karte.

(4) Osigurana osoba koja hemodijalizu koristi na području grada ili mjesta koje je izvan mjesta njezinog prebivališta, odnosno boravka uz iznos novčane naknade utvrđene u članku 74. stavku 1. ovog Pravilnika ima pravo i na paušalni novčani iznos u visini najniže cijene jedne mjesečne pokazne karte u skladu sa stavkom 2. i 3. ovog članka ovisno o organiziranosti javnog prijevoza.

Članak 77.

Iznimno od članka 74. ovog Pravilnika, ako od mjesta polaska do mjesta upućivanja ne prometuje javno prijevozno sredstvo, osiguranoj osobi u cijelosti će se priznati na ime troškova prijevoza pravo na novčanu naknadu u visini cijene javnog prijevoznog sredstva za relaciju na kojoj prometuje javno prijevozno sredstvo, kao i iznos novčane naknade u visini od 20% cijene litre eurosupera 95 oktana po prijedenom kilometru za relaciju kojom ne prometuje javno prijevozno sredstvo, a prema službenim podacima o udaljenosti između mjesta polaska do najbližeg mjesta od kojeg prometuje javno prijevozno sredstvo.

Članak 78.

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

(2) Naknada troškova prijevoza iz stavka 1. ovog 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 prijedenom kilometru.

Članak 79.

(1) Pravo na naknadu troškova prijevoza ima i jedna osoba koju je izabrani doktor odredio za pratioca osigurane osobe pod istim uvjetima kao i osigurana osoba za čijeg je pratioca određena.

(2) Pravo na potrebu pratioca utvrđuje prema stavku 1. ovog članka izabrani doktor ovisno o zdravstvenom stanju osigurane osobe, osim u slučajevima djece do 18. godine života, odnosno djece koja su potpuno i trajno nesposobna za samostalan život i rad u skladu s posebnim propisima, a za koju se smatra da im je potrebna pratnja.

Članak 80.

(1) Osiguraniku ne pripada pravo na naknadu troškova prijevoza kad zbog korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja putuje iz mjesta polaska u mjesto svog rada, ako mu za vrijeme trajanja liječenja poslodavac isplaćuje naknadu za troškove putovanja od mjesta polaska do mjesta rada i obratno.

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

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

3.1. Osnovica za utvrđivanje naknade plaće za vrijeme bolovanja

Članak 81.

Osnovica za obračun naknade plaće za vrijeme bolovanja utvrđuje se kao satna ili dnevna osnovica, ovisno o rasporedu radnog vremena osiguranika – korisnika naknade.

Članak 82.

(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. ovog članka ima 6 radnih dana.

(3) Osiguraniku iz stavka 1. ovog članka naknada plaće pripada pod uvjetom da za vrijeme bolovanja ne radi.

Članak 83.

(1) Osnovicu za utvrđivanje naknade plaće čini prosječni iznos plaće koja je osiguraniku isplaćena u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće, neovisno na čiji teret se isplaćuje ako posebnim zakonom nije drukčije propisano.

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

(3) Iznimno od stavka 1. ovog 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.

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

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

(6) Pod isplaćenom plaćom iz stavka 1. ovog članka na osnovi koje se utvrđuje osnovica za naknadu plaće podrazumijeva se u smislu članka 41. Zakona redovna mjesečna plaća osiguranika isplaćena u skladu s odredbama propisa o radu i drugih propisa o određivanju plaće, te naknada plaće isplaćena za vrijeme odsutnosti s rada (godišnji odmor, plaćeni dopust i bolovanje) koju isplaćuje pravna ili fizička osoba kod koje je osiguranik zaposlen (plaća isplaćena u tekućem mjesecu za taj mjesec, odnosno u tekućem mjesecu za prethodni mjesec).

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

(8) Iznimno, u osnovicu za naknadu plaće iz stavka 1. ovog 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 84.

(1) Osnovica za naknadu plaće utvrđena prema člancima 83. i 85. ovog Pravilnika, konačna je i ne može se mijenjati.

(2) Iznimno od stavka 1. ovog članka kad je osnovica za naknadu utvrđena na osnovi pogriješnih 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 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, osnovica za naknadu plaće utvrdit će se u skladu s člankom 83. stavkom 3. ovog Pravilnika.

(5) Ako se u postupku kontrole utvrdi da je u šestomjesečnom razdoblju koje prethodi mjesecu u kojem je nastupio osiguranik slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu plaće osiguraniku neprimjereno uvećana plaća u odnosu na ranije ostvarivane plaće, a radi ostvarivanja prava na viši iznos naknade plaće na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno državnog proračuna osnovica za naknadu plaće utvrdit će se sporazumno s poslodavcem koji je izdao potvrdu o plaći, uzimajući u obzir do tada isplaćivane plaće osiguraniku i ostalim radnicima poslodavca za istovrsne poslove i zadatke.

(6) Ako se osnovica za naknadu ne može utvrditi u skladu sa stavkom 5. ovog članka osnovica će se utvrditi u skladu s člankom 83. stavkom 3. ovog Pravilnika.

(7) Kontrola iz stavka 3. ovog članka provodi se u skladu s člankom 61. Zakona.

Članak 85.

(1) Osiguraniku iz članka 6. stavka 1. točke 3., 4., 6., 8. i 24. 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. ovog 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. ovog članka nije bio zdravstveno osiguran najmanje dva mjeseca prema osnovici osiguranja iz stavka 2. ovog članka, kao osnovica za naknadu uzima se najniža osnovica osiguranja iz članka 83. stavka 3. ovog Pravilnika.

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

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

Članak 86.

Pod prosječnom osnovicom osiguranja iz članka 85. stavka 2. ovog 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 87.

(1) Kad se osnovica za naknadu plaće iz članaka 83. i 85. ovog 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.

(2) Iznimno od stavka 1. ovog članka kad se osnovica za naknadu plaće utvrđuje na osnovi primitaka iz stavka 1. ovog članka i plaća koje nisu isplaćene, odnosno osnovica osiguranja koje nisu ostvarene u svih posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu, osnovica za naknadu plaće utvrđuje se tako da se ostvareni primitci svedu na šestomjesečni prosječni iznos, a dobiveni iznos pomnoži s brojem mjeseci za koje je isplaćena plaća, odnosno ostvarena osnovica osiguranja, te tako dobiveni iznos pribroji ukupnoj masi isplaćenih plaća, odnosno ostvarenih osnovica osiguranja i podijeli s brojem mjeseci, dana ili sati za koje je ta plaća isplaćena, odnosno osnovica osiguranja ostvarena.

Članak 88.

Iznimno od članka 87. ovog Pravilnika u slučajevima kad se prema odredbi članka 41. stavka 5. Zakona i članka 83. stavka 3., odnosno članka 85. stavka 3. ovog 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 89.

(1) Kad obračun i isplatu naknade plaće koja tereti sredstva Zavoda obavlja poslodavac u skladu s člankom 28. stavkom 3. i 4. Zakona, naknadu plaće obračunava od osnovice za naknadu utvrđene prema članku 83. stavku 1. do 7. ovog 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. ovog 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. ovog 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 42. stavkom 3. Zakona.

(4) Uz pisani zahtjev iz stavka 2. ovog 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 stječe pravo na naknadu, uz naznaku iznosa i datuma isplate.

Članak 90.

(1) Osnovica za naknadu utvrđena prema odredbama ovog Pravilnika služi za obračun naknade plaće za sve vrijeme trajanja neprekidnog bolovanja.

(2) Pod neprekidnim bolovanjem prema stavku 1. ovog članka smatra se neprekidno bolovanje zbog istog uzroka bolovanja, bez ijednog radnog dana prekida, odnosno s prekidom jednog ili najviše 30 kalendarskih dana kad je do ponovnog bolovanja došlo zbog iste bolesti, ozljede ili stanja prema šifri međunarodne klasifikacije bolesti (nastavno bolovanje).

(3) Pod uzrokom bolovanja u smislu stavka 2. ovog članka podrazumijeva se bolest neovisno o njezinoj šifri prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, te svaki drugi pojedinačni razlog odsutnosti s rada

za koji prema Zakonu osiguraniku pripada pravo na naknadu plaće (rodiljni dopust, njega člana obitelji, pratnja, izolacija i dr.).

(4) U slučaju iz stavka 2. ovog članka naknada plaće obračunava se i isplaćuje od iste osnovice za naknadu i na teret istog obveznika isplate te naknade u visini i trajanju propisanom Zakonom, općim aktom pravne, odnosno fizičke osobe – poslodavca, te ovim Pravilnikom.

(5) Iznimno od odredbe stavka 2. ovog članka pod neprekidnim bolovanjem smatra se i bolovanje zbog korištenja rodiljnog dopusta na koji osiguranica nastupa neposredno (bez i jednog dana prekida) nakon korištenja bolovanja iz članka 26. točke 6. Zakona, nakon završetka, odnosno prekida roditeljskog dopusta ili dopusta radi njege djeteta s težim smetnjama u razvoju, ako je to za osiguranicu povoljnije.

Članak 91.

(1) Podaci o isplaćenim plaćama, odnosno osnovicama osiguranja koje služe za utvrđivanje osnovice za naknadu plaće iskazuju se za osiguranike radnike na tiskanici – Potvrda o plaći, a za osiguranike iz članka 6. stavka 1. točke 3., 4., 6., 8. i 24. Zakona na tiskanici – Potvrda o osnovicama osiguranja koje su sastavni dio ovog Pravilnika.

(2) Podatke u tiskanici iz stavka 1. ovog članka unosi i dostavlja nadležnoj službi Zavoda:

- u tiskanici – Potvrda o plaći, ovlaštena osoba poslodavca (pravna, odnosno fizička osoba)
- u tiskanici – Potvrda o osnovicama osiguranja, ovlaštena osoba Zavoda.

3.2. Način valorizacije (povećanja) osnovice za naknadu plaće

Članak 92.

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

(3) Pod obračunskim razdobljem prema stavku 2. ovog članka smatra se razdoblje neprekidnog bolovanja osiguranika – korisnika naknade plaće, odnosno razdoblje za koje je utvrđena osnovica za naknadu plaće prema člancima 83. i 85. ovog Pravilnika, usporedbom kojih se utvrđuje postotak za valorizaciju osnovice za naknadu plaće (valorizacijski koeficijent).

Članak 93.

(1) Ako povećanje naknade plaće nije izvršeno prema članku 92. ovog 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 proteka 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 92. ovog Pravilnika i stavku 1. ovoga članka pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca nakon ispunjenja uvjeta za povećanje naknade plaće.

Članak 94.

(1) Povećanje naknade plaće prema člancima 92. i 93. ovog 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. ovog članka Zavod je obavezan obavijestiti poslodavca kad poslodavac obavlja obračun i isplatu naknade plaće u skladu s člankom 89. ovog Pravilnika.

3.3. Visina naknade plaće

Članak 95.

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 neprekidnog bolovanja
2. 80% od osnovice za naknadu plaće od prvog sljedećeg dana nakon isteka roka neprekidnog trajanja bolovanja iz točke 1. ovog stavka
3. 100% od osnovice za naknadu u slučajevima propisanim člankom 42. stavkom 2. točkama 2. do 7. Zakona
4. 50% zadnje isplaćene naknade plaće od prvog sljedećeg dana nakon isteka 18 mjeseci neprekidnog bolovanja zbog iste dijagnoze bolesti ako Zakonom nije drukčije propisano.

IV. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Ostvarivanje zdravstvene zaštite

Članak 96.

(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 inozemstvu, 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 kod neugovornog isporučitelja ili u inozemstvu, 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, odnosno lijeka.

(2) Iznimno od stavka 1. ovog 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 29. ovog Pravilnika ima pravo na osnovi podnijetog zahtjeva na povrat plaćenih troškova za tu zdravstvenu zaštitu ako je ovlaštenu doktor Zavoda utvrdio da se radi o zdravstvenoj zaštiti pruženoj u hitnom slučaju te odobrio povrat sredstava, ali najviše u visini vrijednosti zdravstvenog standarda utvrđenog Zakonom, odnosno općim aktima Zavoda.

Članak 97.

- (1) Osigurana osoba kojoj 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 Dopunске liste lijekova za koje osigurana osoba ispunjava uvjete propisane općim aktima Zavoda

3. neopravdano 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. neopravdano naplatio u cijelosti ili djelomice odobreno ortopedsko ili drugo pomagalo

5. uputio osiguranu osobu da zdravstvenu zaštitu, koju ima ugovorenu sa Zavodom, obavi u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog ranika privatne prakse, a koja zdravstvena zaštita je za osiguranu osobu bila medicinski indicirana, ima pravo na povrat tih troškova u cijelosti ako se u postupku pri nadležnom područnom uredu Zavoda pokrenutom na njezin zahtjev, prema ocjeni ovlaštenog doktora 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.

(2) Osigurana osoba obvezna je uz zahtjev za povrat sredstava iz stavka 1. ovog članka priložiti medicinsku dokumentaciju, te original osobnog računa za plaćenu zdravstvenu uslugu, odnosno original računa za plaćeni lijek, ugradbeni ili potrošni materijal, te ortopedsko ili drugo pomagalo koji glasi na ime osigurane osobe.

2. Ostvarivanje novčanih naknada

2.1. Ostvarivanje prava na naknadu plaće odnosno novčanu naknadu za vrijeme bolovanja

Članak 98.

Naknadu plaće osiguranik ostvaruje kod pravne, odnosno fizičke osobe – poslodavca, odnosno Zavoda u skladu s odredbama članka 27. i 28. Zakona i ovog Pravilnika.

Članak 99.

(1) O pravu na naknadu plaće odlučuje se, u pravilu, bez donošenja pisanog rješenja na osnovi izvješća o bolovanju koje izdaje izabrani doktor obiteljske (opće) medicine.

(2) Iznimno od stavka 1. ovog članka kad se bolovanje koristi zbog korištenja prava na dopust za slučaj smrti djeteta iz članka 26. stavka 8. Zakona, odnosno zbog privremene nesposobnosti za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu iz članka 26. točke 9. Zakona, o pravu na naknadu plaće odlučuje se pisanim rješenjem, a na osnovi zahtjeva osiguranika.

Članak 100.

(1) Izabrani doktor obiteljske (opće) medicine koji je utvrdio početak i prestanak bolovanja osiguranika u skladu s odredbama članka 33. Zakona, drugih propisa, ovog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda, ispunjava i izdaje osiguraniku tiskanica – izvješće o bolovanju.

(2) Tiskanica iz stavka 1. ovog članka sastavni je dio ovog Pravilnika.

(3) Kad izabrani doktor iz stavka 1. ovog članka utvrdi da je osiguraniku prestalo bolovanje, u izvješću o bolovanju upisuje datum prestanka bolovanja i šifru završne dijagnoze.

(4) Šifre početne i završne dijagnoze bolesti upisuju se u izvješće o bolovanju prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti, ozljeda i uzroka smrti.

Članak 101.

(1) Izvješće o bolovanju izdaje se:

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

a) posljednjeg dana bolovanja, ako je bolovanje trajalo kraće od 7 odnosno 42 dana (članak 27. Zakona)

b) 7. odnosno 42. dana bolovanja ako bolovanje traje duže od 7 odnosno 42 dana

2. kad bolovanje tereti sredstva Zavoda:

a) posljednjeg dana bolovanja, ako je bolovanje prestalo prije posljednjeg dana u mjesecu

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

(2) U izvješću o bolovanju zbog korištenja roditeljnog dopusta upisuje se samo početni datum otvaranja bolovanja.

(3) Za vrijeme trajanja bolovanja unutar rokova iz stavka 1. ovog članka, izabrani doktor obiteljske (opće) medicine obavezan je na zahtjev osiguranika, radi obračuna naknade plaće koja tereti sredstva poslodavca, izdati pisanu obavijest o trajanju bolovanja na tiskanici koja je sastavni dio ovog Pravilnika.

Članak 102.

(1) Osiguranik nema pravo na naknadu plaće u slučajevima iz članka 40. Zakona i to od dana nastanka tih slučajeva do dana njihovog prestanka, odnosno prestanka posljedica njima prouzročenim.

(2) Činjenicu prestanka postojanja slučaja, odnosno njegove posljedice u smislu stavka 1. ovog članka utvrđuje izabrani doktor obiteljske (opće) medicine, ovlaštenu doktor Zavoda, odnosno nadležni područni ured Zavoda.

(3) O nepriznavanju naknade plaće u smislu stavka 1. ovog članka, na zahtjev osiguranika nadležni područni ured Zavoda izdaje pisano rješenje protiv kojeg osiguranik ima pravo izjaviti žalbu Direkciji Zavoda.

2.2. Ostvarivanje prava na naknadu troškova prijevoza

Članak 103.

(1) Naknada troškova prijevoza isplaćuje se na osnovi dokaza propisanih ovim Pravilnikom, bez donošenja pisanog rješenja.

(2) Na zahtjev osigurane osobe, koja nije zadovoljna izvršenom isplatom troškova prijevoza, kao i u slučaju kada joj se osporava pravo na naknadu troškova prijevoza, osiguranoj osobi se izdaje pisano rješenje protiv kojeg ima pravo izjaviti žalbu Direkciji Zavoda.

Članak 104.

(1) Pravo na naknadu troškova prijevoza zbog korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba ostvaruje na osnovi tiskanica putnog naloga za jednokratno ili višekratno putovanje koji izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite, odnosno ovlaštenu radnik Zavoda u slučaju kad osigurana osoba zdravstvenu zaštitu koristi kod ugovornog isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala u skladu s općim aktom Zavoda.

(2) Iznimno od stavka 1. ovog članka, osigurana osoba kojoj je ocjenom ovlaštenog doktora Zavoda odobreno skuplje javno prijevozno sredstvo, odnosno koja je upućena na liječenje u inozemstvo rješenjem Zavoda, pravo na naknadu troškova prijevoza ostvaruju na osnovi putnog naloga i putne karte, odnosno na osnovi rješenja Zavoda o upućivanju na liječenje u inozemstvo kojim joj je odobreno pravo na prijevoz i putne karte.

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

(4) 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 72. ovoga Pravilnika za ostvarivanje prava na naknadu troškova prijevoza radi korištenja zdravstvene zaštite na osnovi izdanog putnog naloga iz članka 73. ovog 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.

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

(6) Tiskanice putnog naloga iz stavka 1. ovog članka tiskane su uz ovaj Pravilnik i čine njegov sastavni dio.

Članak 105.

Iznimno od odredbe članka 104. ovog Pravilnika u slučajevima iz članka 78. ovog Pravilnika osigurana osoba ima pravo na troškove prijevoza i bez posjedovanja putnog naloga osnovom odobrenja ovlaštenog doktora Zavoda, s time da je obvezna priložiti medicinsku dokumentaciju koja potvrđuje nužnost prijevoza u hitnim slučajevima.

Članak 106.

(1) Pravo na naknadu troškova prijevoza osigurana osoba iz članka 76. ovog Pravilnika ostvaruje na osnovi potvrde ugovorne zdravstvene ustanove o broju izvršenih hemodijaliza u prethodnom kalendarskom mjesecu.

(2) Isplata naknade iz ovog članka dopijeva 30. u mjesecu za prethodni mjesec.

3. Zaštita prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 107.

(1) Pravo na novčane naknade, kao i druga prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba, u pravilu, ostvaruje pri nadležnom područnom uredu, odnosno ispostavi područnog ureda Zavoda prema mjestu prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe ako Zakonom, ovim Pravilnikom ili drugim općim aktom Zavoda nije drukčije propisano.

(2) Područni ured, odnosno ispostava područnog ureda Zavoda obvezna je zaprimiti svaki pisani zahtjev osigurane osobe za ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, te ga u slučaju nemogućnosti rješavanja po službenoj dužnosti proslijediti nadležnom područnom uredu, odnosno ispostavi područnog ureda Zavoda iz stavka 1. ovog članka.

Članak 107.a

Osiguranik nezadovoljan ocjenom izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite o pravu na bolovanje ima pravo uložiti prigovor nadležnom područnom uredu Zavoda iz članka 107. ovog Pravilnika.

Povodom izjavljenog prigovora iz stavka 1. ovog članka područni ured Zavoda obvezan je provesti nadzor nad korištenjem bolovanja u skladu s odredbom članka 33. stavka 5. Zakona i članka 14. stavka 1. Pravilnika o ovlastima i načinu rada ovlaštenih doktora i liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, te u roku od 15 dana od dana

zaprimanja prigovora dostaviti osiguraniku obavijest u pisanom obliku o načinu i postupku ostvarivanja prava po prigovoru, te o poduzetim mjerama po prigovoru.

Osigurana osoba, koja smatra da su joj postupanjem ugovornih zdravstvenih ustanova, ugovornih zdravstvenih radnika privatne prakse, odnosno drugih ugovornih provoditelja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja povrijeđena prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo uložiti prigovor područnom uredu Zavoda.

Po izjavljenom prigovoru iz stavka 3. ovog članka područni ured Zavoda obavezan je provesti nadzor u skladu s člankom 78. Zakona, te u roku od 15 dana od dana zaprimanja prigovora dostaviti osiguranoj osobi obavijest u pisanom obliku o načinu i postupku ostvarivanja prava po prigovoru, te o poduzetim mjerama po prigovoru.

Članak 108.

Kad se isplata novčanih naknada obavlja na osnovi podnijetih dokaza, bez donošenja pisanog rješenja područni ured Zavoda obavezan je na zahtjev osigurane osobe izdati pisano rješenje.

Članak 109.

(1) Radi zaštite prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osiguranoj osobi osigurava se dvostupanjsko rješavanje u postupku pokrenutom na njezin zahtjev.

(2) O pravima iz stavka 1. ovog članka u prvom stupnju rješava nadležni područni ured Zavoda ako nije drukčije propisano.

(3) Protiv rješenja područnog ureda Zavoda osigurana osoba ima pravo izjaviti žalbu Direkciji Zavoda.

(4) Protiv rješenja Direkcije Zavoda donesenog povodom žalbe osigurane osobe nije dopuštena žalba, već se protiv njega može pokrenuti upravni spor pred Upravnim sudom Republike Hrvatske.

Članak 110.

U postupcima o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja odlučuje Zavod primjenjujući odredbe Zakona o općem upravnom postupku.

4. Dospijee prava i rokovi

Članak 111.

(1) Osiguraniku zaposlenom pri pravnoj, odnosno fizičkoj osobi – poslodavcu zahtjev za isplatu naknade plaće dostiže danom kojim dostiže isplata plaće kod poslodavca za odnosni mjesec.

(2) Osiguraniku iz stavka 1. ovog članka zahtjev za isplatu pripadajućeg dijela naknade plaće ostvarene osnovom primitaka od kojih se prema propisima o porezu na dohodak utvrđuje drugi dohodak dostiže 30. dana od dana podnošenja zahtjeva poslodavca za povrat isplaćenih naknada plaće iz članka 58. stavka 2. ovog Pravilnika.

(3) Osiguraniku iz članka 6. stavka 1. točke 3., 4., 6., 8., 18. i 24. i članka 38. Zakona zahtjev za isplatu naknade plaće dostiže 15. dana u mjesecu za prethodni mjesec.

(4) Osiguraniku iz članka 7. Zakona zahtjev za isplatu novčane naknade zbog privremene nesposobnosti dostiže 60. dana od dana podnošenja zahtjeva.

Članak 112.

- (1) Zahtjev za isplatu novčane naknade dostiže:
1. za troškove prijevoza – 30. dana od dana podnošenja zahtjeva osigurane osobe
 2. za troškove nastale u svezi s ostvarivanjem pojedinih oblika zdravstvene zaštite – 30. dana od dana podnošenja zahtjeva osigurane osobe
- (2) Iznimno u slučaju kad je osigurana osoba podnijela zahtjev za isplatu novčanih naknada iz stavka 1. ovog članka koje u skladu sa Zakonom mogu biti predmet nasljeđivanja, a smrt osigurane osobe je nastupila prije isteka roka dostižeća, smatrat će se da je zahtjev za isplatu dospio.

Članak 113.

Zahtjev za ostvarivanje prava na novčane naknade zastarijeva nakon isteka roka od tri godine od dana nastanka troška za osiguranu osobu, odnosno od dana stjecanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja prema odredbama Zakona i ovog Pravilnika.

V. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 114.

Osiguranici koji su 1. siječnja 2009. godine zatečeni u korištenju prava na novčanu naknadu u skladu s člankom 81. Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava na osnovno zdravstveno osiguranje (»Narodne novine« broj 120/06., 136/06., 56/07., 80/07., 96/07. i 45/08.) od toga datuma nastavljaju koristiti pravo na naknadu plaće za vrijeme bolovanja u visini utvrđenoj člankom 95. točkom 2. ovog Pravilnika.

Članak 115.

Danom stupanja na snagu ovog Pravilnika uz tiskanice naloga za sanitetski prijevoz iz članka 5. ovog Pravilnika primjenjuju se i tiskanice naloga za sanitetski prijevoz iz članka 1. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 4/10.) zaključno do datuma koji će posebnom odlukom utvrditi Upravno vijeće Zavoda.

Danom stupanja na snagu ovog Pravilnika uz tiskanice uputnice za primarni laboratorij iz članka 6. ovog Pravilnika primjenjuje se: tiskanica uputnice za primarni laboratorij iz članka 33.a stavka 2. dodanog člankom 2. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 4/10.) i tiskanica uputnice za primarni laboratorij iz članka 2. stavka 2. Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 131/10.), zaključno do 31. prosinca 2011. godine.

Danom stupanja na snagu ovog Pravilnika uz tiskanice uputnice iz članka 7. ovog Pravilnika primjenjuju se i tiskanice uputnice iz članka 3. stavka 1. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 4/10.), zaključno do datuma koji će posebnom odlukom utvrditi Upravno vijeće Zavoda.

Danom stupanja na snagu ovog Pravilnika uz tiskanice Potvrda o plaći i Potvrda o osnovicama osiguranja iz članka 8., tiskanicu izvješća o bolovanju iz članka 9., tiskanicu obavijesti o trajanju bolovanja iz članka 10., te tiskanice putnog naloga iz članka 11. ovog Pravilnika, primjenjuju se i tiskanice Potvrda o plaći i Potvrda o osnovicama osiguranja iz članka 5., tiskanica izvješća o bolovanju iz članka 6., tiskanica obavijesti o trajanju bolovanja iz članka 7., te tiskanice putnog naloga iz članka 8. Pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja («Narodne novine» broj 4/10.), zaključno do 31. prosinca 2011. godine.