

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Na osnovi članka 138. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 85/06. i 105/06.) i članka 19. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine" broj 16/02., 24/02. i 58/03.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 38. izvanrednoj sjednici održanoj 24. listopada 2006. godine donijelo je

PRAVILNIK

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

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

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

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.

II. UTVRĐIVANJE STATUSA OSIGURANE OSOBE

Članak 4.

Status osigurane osobe utvrđuje Zavod.

Danom stjecanja statusa osigurane osobe osigurana osoba stječe prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Status osigurane osobe stječe se, u pravilu, danom nastanka okolnosti osnovom kojih se u skladu sa Zakonom utvrđuje status u obveznom zdravstvenom osiguranju ako općim aktom Zavoda iz članka 6. stavka 2. ovog Pravilnika nije drukčije propisano.

Iznimno od stavka 2. ovog članka osiguranik iz članka 5. stavka 1. točke 4., 6., 7., 8. i 9. Zakona, koji prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje nije podnio u zakonskom roku od 15 dana, prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja stječe danom zaprimanja prijave od strane Zavoda.

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.

Općim aktom Zavoda propisuje se u kojim se slučajevima osobi kojoj je utvrđen status osigurane osobe ne izdaje zdravstvena iskaznica.

Članak 5.

Status osigurane osobe utvrđuje Zavod na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje (prijava na osiguranje, prijava o promjeni osiguranja i odjava s osiguranja) koju podnosi pravna ili fizička

osoba, poslodavac, odnosno osoba osobno, na način propisan općim aktom Zavoda.

Iznimno, ako Zavod u provedbenom postupku utvrdi da pravna ili fizička osoba nije u propisanom roku od 15 dana podnijela prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje, po službenoj će dužnosti osobi utvrditi status osigurane osobe, u skladu s općim aktom Zavoda.

Osobi, koja je zaposlena kod dva ili više poslodavaca, status osiguranika utvrđuje se na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje pravne ili fizičke osobe – prvog podnosioca prijave i izdaje se jedna zdravstvena iskaznica.

Ako Zavod prihvati prijavu iz stavka 1. ovog članka, izdaje osiguranoj osobi zdravstvenu iskaznicu čime je postupak po prijavi okončan.

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

U vremenu od podnošenja prijave na obvezno zdravstveno osiguranje do dana izdavanja zdravstvene iskaznice, kao i u slučajevima kada se ne izdaje zdravstvena iskaznica, osigurana osoba svoj status dokazuje kopijom ovjerene prijave na obvezno zdravstveno osiguranje.

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.

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

Članak 6.

Pravna, odnosno fizička osoba iz članka 5. stavka 1. ovog Pravilnika obvezna je prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje dostaviti u roku od 15 dana od dana nastanka ili promjene okolnosti na osnovi kojih se stječe, odnosno na osnovi kojih prestaje status osigurane osobe.

Zavod općim aktom utvrđuje datum stjecanja, odnosno prestanka statusa osigurane osobe Zavoda.

Članak 7.

Podnosilac prijave obvezan je uz prijavu na obvezno zdravstveno osiguranje 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 2. ovog Pravilnika.

Članak 8.

Ako je stjecanje statusa osigurane osobe - člana obitelji osiguranika uvjetovano uzdržavanjem osobe, smatra se da osiguranik uzdržava osobu ako ta osoba ispunjava uvjete propisane ovim Pravilnikom. Ako je stjecanje statusa osigurane osobe - člana obitelji osiguranika uvjetovano nesposobnošću za samostalan život i rad i potrebom uzdržavanja od strane osiguranika, osobe moraju ispunjavati uvjete propisane člankom 9. i 10. ovog Pravilnika.

Osim uvjeta propisanih u stavku 1. i 2. ovog članka za stjecanje statusa osigurane osobe - člana obitelji osiguranika osobe iz članka 7. stavka 1. točke 3. i 4. Zakona (roditelji, unuci, braća, sestre, djed i baka) moraju i živjeti u zajedničkom kućanstvu s osiguranikom što dokazuju osobnom iskaznicom, odnosno potvrdom nadležne policijske uprave o prebivalištu, odnosno boravku na istoj adresi.

Članak 9.

Prema članku 8. stavku 1. ovog Pravilnika 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.

Pod prihodom iz stavka 1. ovog članka smatra se prihod utvrđen u skladu s člankom 59. ovog Pravilnika, pod uvjetom da u kalendarskoj godini u kojoj se utvrđuje pravo na stjecanje statusa člana obitelji nije došlo do promjene od utjecaja na činjenicu uzdržavanja.

Kod utvrđivanja prihoda iz stavka 1. ovog članka dohodak iz članka 59. ovog Pravilnika umanjuje se za iznos poreza i prireza.

Članak 10.

Prema članku 8. stavku 2. ovog Pravilnika 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 ocjeni liječničkog povjerenstva Zavoda ocijenjena nesposobnom za samostalan život i rad u trajanju od najmanje godinu dana, ovisno o zdravstvenom stanju osobe.

Članak 11.

Ako je članu obitelji osiguranika priznat status osigurane osobe u skladu s člankom 8. do 10. ovog Pravilnika, član obitelji pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ostvaruje sve dok su ispunjeni uvjeti utvrđeni tim člancima, s tim da je osigurana osoba nakon isteka godine dana od dana priznatog statusa obvezna ponovno dostaviti podružnom uredu Zavoda dokaz da i dalje ispunjava propisane uvjete.

Pri utvrđivanju statusa osigurane osobe iz članka 8. stavka 3. ovog Pravilnika, kao i u slučaju djeteta bez roditelja koje uzdržava osiguranik iz članka 7. stavka 1. točke 2. Zakona, Zavod obvezno donosi pisano rješenje.

Osigurana osoba iz stavka 1. ovog članka obvezna je u roku od 15 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 7. stavka 1. točke 1. Zakona ako su ispunjeni sljedeći uvjeti:

1. da pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti prema po nekoj od osnova utvrđenih člankom 5. 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 5. 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 7. Zakona.

Članak 14.

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

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 10. 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 14. Zakona u opsegu, na način i pod uvjetima propisanim Zakonom, posebnim propisima, međudržavnim ugovorima, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda.

Članak 16.

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na području Republike Hrvatske u zdravstvenim ustanovama, u trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, 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).

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 na obvezno zdravstveno osiguranje.

Članak 18.

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

Članak 19.

Osigurana osoba obvezna je sudjelovati u pokriću razlike do pune vrijednosti prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 15. stavka 2. točke 2. do 5. Zakona (u daljnjem tekstu: doplata) neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja na koje se osigurala kod Zavoda ili osiguravatelja u skladu sa Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ako te obveze nije oslobođena prema odredbama Zakona, što dokazuje ispravom koju izdaje Zavod.

Osigurana osoba obvezna je snositi doplatu za lijekove s dopunske liste lijekova Zavoda iz članka 16. stavka 5. Zakona neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguravatelji u skladu sa Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Članak 20.

Propisanu doplatu iz članka 19. stavka 1. i 2. ovog Pravilnika naplaćuju neposredno osiguranoj osobi ugovorni subjekti Zavoda.

Ugovorni subjekti Zavoda obvezni su osiguranoj osobi prilikom naplate doplate iz stavka 1. ovog članka izdati potvrdu koja obvezno sadrži, najmanje, sljedeće podatke:

- naziv ugovornog subjekta Zavoda
- ime i prezime osigurane osobe
- broj osigurane osobe
- naziv i šifru postupka
- datum pružene zdravstvene zaštite
- naplaćeni iznos doplate
- pečat, te potpis odgovorne osobe.

Doplatu za liječenje u inozemstvu iz članka 15. stavka 2. točke 2. podtočke 4. Zakona osigurana osoba plaća neposredno zdravstvenoj ustanovi u inozemstvu ili nadležnom područnom uredu Zavoda u skladu s općim aktom Zavoda.

Osiguranoj osobi koja je osobno u cijelosti snosila troškove za zdravstvenu zaštitu korištenu u inozemstvu, te u postupku pokrenutom po 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 doplate utvrđene člankom 15. stavkom 2. točkom 2. Zakona, osim ako osigurana osoba u skladu s odredbama Zakona nije oslobođena plaćanja doplate.

Članak 21.

Osigurana osoba bez obzira da li je oslobođena plaćanja doplate ili je osigurana u dopunskom

zdravstvenom osiguranju, obvezna je prilikom korištenja zdravstvene zaštite, ako Zakonom nije drukčije određeno, platiti propisani iznos administrativne pristojbe u skladu s člankom 28. stavkom 1. Zakona.

Administrativnu pristojbu iz stavka 1. ovoga članka osiguranoj osobi naplaćuju ugovorni subjekti Zavoda, osim u slučaju iz stavka 3. ovog članka.

Administrativnu pristojbu iz stavka 1. ovog članka za ovjeru potvrde o ortopedskom i drugom pomagalu, odnosno stomatološkom pomagalu naplaćuje ovlaštena osoba Zavoda prilikom ovjere potonje.

Iznimno od stavka 1. ovog članka administrativna pristojba ne plaća se za preventivne preglede utvrđene planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz članka 14. stavka 3. Zakona.

Članak 22.

Kada ugovorna zdravstvena ustanova, ugovorno trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse nisu 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, ugovorno trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili ugovornom zdravstvenom radniku privatne prakse koji su u mogućnosti osiguranoj osobi pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu.

Članak 23.

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 24.

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 25.

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

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.

Članak 26.

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

- utvrđuje kada je bolovanje osiguranika nastupilo i prestalo u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim propisima
- određuje izolaciju osigurane osobe ako postoji sumnja da se radi o zaraznoj bolesti
- određuje potrebu prijevoza javnim prijevoznim sredstvom osigurane osobe s obzirom na njezino zdravstveno stanje i udaljenost odredišta u skladu s odredbama članka 53. Zakona, te članka 90. i 91. ovog Pravilnika
- određuje potrebu sanitetskog prijevoza osigurane osobe u skladu s propisom ministra nadležnog za zdravstvo iz članka 15. stavka 2. točke 1. podtočke 20. Zakona i odredbama ovog Pravilnika
- ocjenjuje stupanj trudnoće osiguranice radi određivanja prava na rodiljni dopust, a na osnovi nalaza i

mišljenja specijalista ginekologa

- utvrđuje potrebu izostanka osiguranika s posla radi njege bolesnog člana uže obitelji u skladu sa člankom 34. Zakona
- daje mišljenje je li privremena nesposobnost za rad osiguranika svjesno prouzročena, odnosno da li je ozdravljenje, odnosno osposobljavanje osiguranika za rad namjerno sprječavano
- 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
- daje prijedlog nadležnom liječničkom povjerenstvu Zavoda u svezi sa stjecanjem prava na rad u skraćenom radnom vremenu radi njege djeteta kojem je potrebna pojačana skrb i njega
- 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
- upućuje osiguranu osobu osnovom njezinog prigovora s potrebnom medicinskom i drugom dokumentacijom nadležnom liječničkom povjerenstvu Zavoda radi davanja nalaza, mišljenja i ocjene po prigovoru
- upućuje osiguranika nadležnom liječničkom povjerenstvu Zavoda radi utvrđivanja prava na bolovanje i duljine trajanja bolovanja nakon protoka roka trajanja bolovanja utvrđenog propisom ministra nadležnog za zdravstvo
- 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
- odlučuje o potrebi upućivanja osigurane osobe u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno drugom ugovornom zdravstvenom radniku privatne prakse ako ocjenjuje da postoji potreba za drugim stručnim mišljenjem, a zbog postavljanja ispravne dijagnoze i obaviještenosti osigurane osobe o njezinom zdravstvenom stanju
- obavlja i druge poslove u svezi s ostvarivanjem prava na zdravstvenu zaštitu, odnosno drugih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom, drugim propisima i općim aktima Zavoda, te sklopljenim ugovorom sa Zavodom.

1.1.1. Liječenje u kući osigurane osobe

Članak 27.

Osigurana osoba ima pravo na liječenje u kući.

Liječenje u kući može se provoditi kao:

- kućna posjeta kod akutnih stanja
- kućno liječenje
- pružanje hitne medicinske pomoći u kući osigurane osobe.

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 28.

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

Suglasnost za provođenje zdravstvene njege u kući osigurane osobe daje nadležno liječničko povjerenstvo Zavoda.

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

1.1.3. Patronažna zdravstvena skrb

Članak 29.

U okviru patronažne zdravstvene skrbi osiguranoj osobi pruža se stručna pomoć i njega radi:

- praćenja stanja poslije porođaja – rodilji i novorođenom djetetu
 - promicanja i očuvanja zdravlja
 - praćenja i očuvanja zdravlja osigurane osobe kod koje postoji povećani rizik za nastanak bolesti.
- Uvjeti i način ostvarivanja prava osigurane osobe na patronažnu zdravstvenu skrb utvrđeni su općim aktom Zavoda.

1.1.4. Hitna medicinska pomoć

Članak 30.

Osigurana osoba ostvaruje hitnu medicinsku pomoć, koja podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje, bez uputnice kod najbližeg doktora primarne zdravstvene zaštite prema mjestu prebivališta, odnosno boravka, odnosno mjestu gdje se osigurana osoba zatekla u trenutku potrebe pružanja hitne medicinske pomoći, te u:

- hitnoj službi doma zdravlja
- ustanovi hitne medicinske pomoći
- hitnoj službi bolničke ustanove.

Osigurana osoba može ostvariti pravo na hitnu medicinsku pomoć i u kući ako zbog prirode bolesti nije u mogućnosti ostvariti tu pomoć u zdravstvenoj ustanovi.

U slučaju potrebe, a nakon pružene hitne medicinske pomoći doktor iz stavka 1. i 2. ovog članka, koji je pružio hitnu medicinsku pomoć osiguranoj osobi, obavezan je osigurati prijevoz osigurane osobe do najbliže bolničke zdravstvene ustanove koja joj može pružiti potrebnu zdravstvenu zaštitu.

1.1.5. Sanitetski prijevoz

Članak 31.

Pravo na sanitetski prijevoz ostvaruje osigurana osoba koja ispunjava uvjete propisane općim aktom ministra nadležnog za zdravstvo iz članka 15. stavka 2. točke 1. podtočke 20. Zakona.

Članak 32.

Pod sanitetskim prijevozom iz članka 31. ovog Pravilnika podrazumijeva se prijevoz osigurane osobe sanitetskim vozilom:

- 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
- iz jedne ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse
- 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 33.

Potrebu sanitetskog prijevoza utvrđuje:

- izabrani doktor
- doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj se osigurana osoba liječi, odnosno ugovorni doktor privatne prakse
- doktor u službi hitne medicinske pomoći kod kojeg je osigurana osoba u postupku liječenja
- liječničko povjerenstvo Zavoda u skladu s odredbama ovog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda.

Članak 34.

Pravo na sanitetski prijevoz osigurana osoba ostvaruje na osnovi ispravno ispunjenog naloga za

sanitetski prijevoz koji izdaje i ovjerava:

- izabrani doktor - u slučaju kad se osigurana osoba upućuje radi korištenja zdravstvene zaštite iz mjesta prebivališta, odnosno boravka u ugovornu zdravstvenu ustanovu ili ordinaciju ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, te na prijedlog liječničkog povjerenstva u slučaju prijevoza osigurane osobe u inozemstvo ili povratka iz inozemstva u skladu s odredbama ovog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda

- 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 osigurana osoba 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.

Nalog za sanitetski prijevoz iz stavka 1. podstavka 1. ovog članka daje se ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza prema mjestu prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe.

Nalog za sanitetski prijevoz iz stavka 1. podstavka 2. ovog članka daje se ugovornom subjektu koji sa Zavodom ima ugovorenu djelatnost sanitetskog prijevoza prema sjedištu zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog doktora privatne prakse iz koje se osiguranu osobu prevozi u mjesto prebivališta, odnosno boravka, odnosno iz koje se osiguranu osobu upućuje ili premješta u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno ordinaciju ugovornog doktora privatne prakse.

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 naručiti prijevoz sanitetskim vozilom od ugovornog subjekta Zavoda iz stavka 2. i 3. ovog članka.

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

1.2. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

Članak 35.

Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje u najbližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod najbližeg ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka koji sa Zavodom imaju ugovorenu traženu zdravstvenu zaštitu, odnosno u drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi ili kod drugog ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u slučaju iz članka 38. stavka 3. ovog Pravilnika, a na osnovi uputnice koju izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite:

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

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

Ako osigurana osoba želi specijalistički pregled ili dijagnostičke, odnosno terapijske postupke obaviti u drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod drugog ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, a ne u najbližoj specijalističkoj ordinaciji koja ima sa Zavodom ugovorenu traženu zdravstvenu zaštitu i u koju ju je uputio izabrani doktor, ima pravo na osnovi izdane uputnice (bez obzira koji je ugovorni subjekt Zavoda na uputnici naznačen) ostvariti traženu zdravstvenu zaštitu, s time da nema pravo na naknadu troškova prijevoza, niti pravo na sanitetski prijevoz na teret sredstava Zavoda.

Članak 36.

Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu iz djelatnosti fizikalne medicine i rehabilitacije u kući osigurana osoba ostvaruje na način i pod uvjetima utvrđenim općim aktom Zavoda.

Članak 37.

Izabrani doktor obavezan je na uputnici za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu navesti naziv

ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovorne ordinacije privatne prakse kamo upućuje osiguranu osobu te uz uputnicu priložiti povijest bolesti i sve nalaze obavljenih specijalističkih pregleda, dijagnostičkih, odnosno terapijskih postupaka.

Uputnica ima obilježje narudžbe za izvršenje traženog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka. 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 35. stavka 1. ovog Pravilnika radi specijalističkog pregleda ili dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Članak 38.

Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse iz članka 35. stavka 1. i 3. ovog Pravilnika obvezni su osiguranu osobu upućenu radi 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.

Kad ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse ne pruži osiguranoj osobi traženu zdravstvenu zaštitu u roku iz stavka 1. ovog članka, doktor ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse obavezan je, uz potpis odgovorne osobe i pečat ustanove, odnosno ordinacije, na uputnici naznačiti datum kad im se osigurana osoba prvi put javila, razlog nepružanja tražene zdravstvene zaštite s naznakom datuma kad će osiguranu osobu primiti na specijalistički pregled ili dijagnostički, odnosno terapijski postupak s time da pri tom, ovisno o medicinskoj indiciranosti i raspoloživim kapacitetima, osiguranoj osobi osigura zdravstvenu zaštitu unutar roka od 60 dana od datuma prvog javljanja osigurane osobe ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ugovornom zdravstvenom radniku privatne prakse. Ako ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse ne naznače na uputnici datum kad će osiguranu osobu primiti na specijalistički pregled ili dijagnostički, odnosno terapijski postupak ili naznači datum koji prelazi rok iz stavka 2. ovog članka, osigurana osoba ima pravo u roku od 30 dana, radi ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, obratiti se s takvom uputnicom rukovoditelju, odnosno po njemu ovlaštenom radniku područnog ureda Zavoda nadležnog prema prebivalištu, odnosno boravka osigurane osobe ili prema sjedištu ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ordinacije ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, koji će osiguranoj osobi na osnovi te uputnice osigurati traženu zdravstvenu zaštitu u istoj ili drugoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse.

Članak 39.

Iznimno od članka 38. ovoga Pravilnika kada je osigurana osoba za određenu dijagnozu bolesti upućena od izabranog doktora na prvi specijalistički pregled, ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse obvezni su joj traženu zdravstvenu zaštitu pružiti u roku od 30 dana od dana kada im se osigurana osoba prvi puta javila.

Ako ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse ne pruže osiguranoj osobi zdravstvenu zaštitu iz stavka 1. ovoga članka odmah, odnosno u roku od 30 dana obvezni su na uputnici, uz potpis odgovorne osobe i pečat ustanove, odnosno ordinacije, naznačiti datum kad im se prvi put javila, te da joj nisu pružili traženu zdravstvenu zaštitu, odnosno naznačiti da joj neće biti pružena u roku iz stavka 1. ovog članka. U suprotnom obvezni su na uputnicu upisati datum kada će osiguranu osobu primiti na prvi specijalistički pregled koji mora biti unutar roka od 30 dana od dana prvog javljanja osigurane osobe.

Osigurana osoba kojoj prvi specijalistički pregled nije proveden u roku od 30 dana od dana prvog javljanja u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse ima pravo taj specijalistički pregled obaviti u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse.

Povrat troškova nastalih radi korištenja zdravstvene zaštite u skladu sa stavkom 3. ovoga članka osigurana osoba ima pravo ostvariti na osnovi pisanog zahtjeva koji podnosi područnom uredu Zavoda nadležnom prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka. Uz zahtjev je osigurana osoba obvezna priložiti uputnicu iz koje je vidljivo da joj ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse nisu pružili traženu zdravstvenu zaštitu u propisanom roku, te original računa za obavljenu zdravstvenu zaštitu u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse.

Članak 40.

Doktor specijalist koji je nakon obavljenog specijalističkog pregleda indicirao potrebu za dodatnom specijalističkom obradom, obvezan je osiguranoj osobi ugovoriti termine za specijalističke preglede, odnosno dijagnostičke postupke koje njegova zdravstvena ustanova, odnosno ordinacija privatne prakse ima ugovorene sa Zavodom.

Članak 41.

Doktor specijalist nakon izvršenog 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. Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse, koji su pružili specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, obvezni su osiguranoj osobi izdati osobni račun.

Članak 42.

Nakon dobivenih nalaza o obavljenom 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 43.

Bolničku zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje u ugovornim bolničkim ustanovama na osnovi izdane uputnice za bolničko liječenje koju osiguranoj osobi izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite ili doktor u službi hitne medicinske pomoći.

Bolničko liječenje osigurana osoba ostvaruje u najbližoj ugovornoj bolničkoj ustanovi prema mjestu prebivališta, odnosno boravka koja ima ugovorenu traženu zdravstvenu zaštitu, odnosno u drugoj ugovornoj bolničkoj ustanovi u slučaju iz članka 49. stavka 3. ovog Pravilnika.

Ako se osigurana osoba želi liječiti u drugoj ugovornoj bolničkoj ustanovi, a ne u najbližoj koja sa Zavodom ima ugovorenu traženu bolničku zdravstvenu zaštitu i u koju ju je uputio izabrani doktor, može to ostvariti na osnovi izdane uputnice (bez obzira koja je bolnička ustanova naznačena na uputnici), s time da nema pravo na naknadu troškova prijevoza, niti pravo na sanitetski prijevoz na teret sredstava Zavoda.

Članak 44.

Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite obvezan je na uputnici za bolničko liječenje navesti naziv ugovorne bolničke ustanove te uz uputnicu priložiti cjelokupnu raspoloživu medicinsku dokumentaciju osigurane osobe.

Uputnica ima obilježje narudžbe za izvršenje traženog bolničkog liječenja.

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 članka 43., 45. i 46. ovog Pravilnika radi korištenja bolničke zdravstvene zaštite.

Članak 45.

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 46.

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 47.

Pravo na smještaj uz dijete, koje se nalazi na bolničkom liječenju u smislu članka 43., 45., i 46. ovog Pravilnika, ovisno o odgovarajućim smještajnim kapacitetima ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi, ostvaruje osigurana osoba – majka djeteta pod uvjetom da dijete nije starije od 6 mjeseci i da postoji potreba dojenja djeteta, što utvrđuje izabrani doktor majke na prijedlog izabranog doktora djeteta i odjelnog doktora ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi.

Pravo iz stavka 1. ovog članka ostvaruje se na osnovi uputnice za bolničko liječenje koju izdaje izabrani doktor majke djeteta.

Na uputnicu iz stavka 2. ovog članka pod rubrikom "Molim, traži se____" izabrani doktor obvezno upisuje tekst: "smještaj majke uz dijete radi dojenja".

Iznimno, osigurana osoba – jedan od roditelja djeteta mlađeg od 5 godina života 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 iste uputnice kojom je dijete upućeno na bolničko liječenje.

Članak 48.

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 koja je određena za pratitelja djeteta, pod uvjetima utvrđenim općim aktom Zavoda.

Pravo iz stavka 1. ovog članka ostvaruje se na osnovi uputnice za bolničko liječenje koju izdaje izabrani doktor pratitelja djeteta.

Članak 49.

Ugovorna bolnička ustanova iz članka 43., 45. i 46. ovog Pravilnika obvezna je upućenu osiguranu osobu primiti na bolničko liječenje u najkraćem mogućem roku, a u slučajevima ugroženosti života, odmah.

Kad osiguranoj osobi na osnovi uputnice ugovorna bolnička ustanova ne osigura potrebno bolničko liječenje u roku od 30 dana od dana kad joj se osigurana osoba prvi put javila, doktor bolničke ustanove obavezan je, uz potpis odgovorne osobe i pečat ustanove, na uputnici naznačiti datum kad im se osigurana osoba prvi put javila, razloge neprimanja osigurane osobe na bolničko liječenje i upute izabranom doktoru u svezi s daljnjim postupkom, te upisati datum kad će bolnička ustanova primiti osiguranu osobu na bolničko liječenje, s time da pri tom, ovisno o medicinskoj indiciranosti i raspoloživim kapacitetima, osiguranoj osobi osigura bolničku zdravstvenu zaštitu unutar roka od 60 dana od datuma prvog javljanja osigurane osobe ugovornoj bolničkoj ustanovi.

Ako doktor ugovorne bolničke ustanove ne upiše na uputnici datum kad će osiguranu osobu primiti na bolničko liječenje ili upiše datum koji prelazi rok iz stavka 2. ovog članka, osigurana osoba ima pravo u roku od 30 dana, radi ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, obratiti se s takvom uputnicom rukovoditelju, odnosno po njemu ovlaštenom radniku područnog ureda Zavoda nadležnog prema prebivalištu, odnosno boravku osigurane osobe ili prema sjedištu ugovorne bolničke ustanove koji će osiguranoj osobi na osnovi te uputnice osigurati traženu zdravstvenu zaštitu u istoj ili drugoj ugovornoj bolničkoj ustanovi.

Članak 50.

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

Članak 51.

Osigurana osoba obvezna je javiti se s otpusnim pismom iz članka 50. ovog Pravilnika osobno ili putem člana obitelji, odnosno treće osobe svom izabranom doktoru odmah, a najkasnije u roku od tri dana.

Članak 52.

Tiskanica uputnice iz članka 35. i 43. 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.

Podaci propisani u tiskanici uputnice moraju se upisati čitljivo, tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.

Podaci s zdravstvene iskaznice zdravstveno osigurane osobe na uputnicu se unose pretiskom s zdravstvene iskaznice, odnosno upisom na način propisan stavkom 2. ovog članka.

1.4. Ortopedska i druga pomagala

Članak 53.

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

1.5. Stomatološko-protetska pomoć i stomatološko-protetski nadomjesci

Članak 54.

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

1.6. Pravo na lijekove

Članak 55.

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.

Osigurana osoba ima pravo u cijelosti na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja ostvariti lijekove s Osnovne liste lijekova ako su joj potonji na osnovi propisanih medicinskih indikacija propisani na recept u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno ako su joj primijenjeni u liječenju na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene djelatnosti, odnosno na razini zdravstvenih zavoda.

Pod uvjetima iz stavka 2. ovoga članka 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 16. stavkom 4. Zakona.

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 sa svojom obvezom plaćanja doplate u visini razlike cijene u odnosu na cijenu ekvivalentnog lijeka utvrđenog Osnovnom listom lijekova.

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 uz doplatu 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.

Osigurana osoba koja je mimo postupka 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 117. ovog Pravilnika.

1.7. Pravo na oslobađanje od plaćanja doplate

Članak 56.

Pravo na oslobađanje od plaćanja doplate iz članka 15. stavka 4. Zakona ostvaruju osigurane osobe

iz članka 21. stavka 3. i 4. Zakona.

Osigurane osobe učenici i redovni studenti stariji od 18 godina iz članka 15. stavka 2. točke 1. podtočke 2. Zakona – ostvaruju pravo na oslobođanje od plaćanja doplate u slučaju korištenja preventivne i kurativne zdravstvene zaštite, te medicinske rehabilitacije.

Osiguranim osobama iz članka 15. stavka 3. Zakona, dobrovoljnim davaocima krvi s više od 25 davanja (muškarci), odnosno s više od 15 davanja (žene), te davaocima dijela tijela radi liječenja osigurane osobe Zavoda, osigurava se plaćanje zdravstvenih usluga koje su za 5% više od utvrđenih u članku 15. stavku. 2. točki 2. do 5. Zakona.

Članak 57.

Osiguranim osobama iz članka 56. stavka 1. i 2. ovog Pravilnika Zavod izdaje potvrdu kojom dokazuju pravo na oslobođanje od plaćanja doplate čiji oblik, sadržaj i način izdavanja propisuje Zavod općim aktom, a osiguranim osobama iz članka 56. stavka 3. ovog Pravilnika Zavod izdaje posebnu potvrdu čiji oblik i sadržaj propisuje odlukom direktor Zavoda.

Potvrde iz stavka 1. ovog članka vrijede samo uz zdravstvenu iskaznicu.

Broj osigurane osobe Zavoda naveden na potvrdi iz stavka 1. ovog članka mora biti istovjetan broju osigurane osobe Zavoda utisnutom na zdravstvenoj iskaznici.

Članak 58.

Osigurane osobe iz članka 5. točke 10. do 18., članka 12. i 63. Zakona ostvaruju pravo na oslobođanje od plaćanja doplate na osnovi utvrđenog im statusa osigurane osobe Zavoda, a što dokazuju ovjerenom kopijom prijave na obvezno zdravstveno osiguranje, odnosno zdravstvenom iskaznicom.

Osiguranim osobama iz članka 21. stavka 3. Zakona kojima je priznat status hrvatskog ratnog vojnog invalida prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, kao i osiguranim osobama kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog invalida, mirnodopskog vojnog invalida i civilnog invalida rata prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata utvrđuje se pravo na oslobođanje od plaćanja doplate na osnovi rješenja nadležnog tijela uprave kojim im je taj status priznat.

Osigurane osobe iz članka 21. stavka 4. podstavka 1. Zakona - djeca do 18. godine života pravo na oslobođanje od plaćanja doplate ostvaruju na osnovi zdravstvene iskaznice.

Osiguranim osobama iz članka 21. stavka 4. podstavka 2. i 3. Zakona pravo na oslobođanje od plaćanja doplate utvrđuje se na osnovi rješenja Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, Ministarstva hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata, nadležnog centra za socijalnu skrb ili rješenjem drugog nadležnog tijela, odnosno potvrdom Hrvatskog crvenog križa ili Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu o broju darivanja krvi.

Osiguranim osobama iz članka 56. stavka 2. i 3. ovog Pravilnika pravo na oslobođanje od plaćanja doplate, odnosno dijela doplate utvrđuje se na osnovi potvrde nadležne obrazovne ustanove o statusu redovnog učenika, odnosno redovnog studenta, odnosno potvrde Hrvatskog crvenog križa ili Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu o broju darivanja krvi.

Članak 59.

Za osigurane osobe iz članka 21. stavka 4. podstavka 4. Zakona visina ukupnog prihoda ostvarenog u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazanog po članu obitelji koji žive u zajedničkom kućanstvu, radi ostvarivanja prava na oslobođanje od plaćanja doplate u skladu s uvjetima utvrđenim Zakonom, utvrđuje se na osnovi sljedećih dokaza:

- o visini plaće ostvarene kod poslodavca za rad u tuzemstvu i inozemstvu – potvrdom ovjerenom od poslodavca
- o visini mirovine ostvarene u Republici Hrvatskoj – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, odnosno isplatitelja mirovinskog primanja
- o visini mirovine ostvarene u inozemstvu – potvrdom poslovne banke putem koje se mirovina isplaćuje, odnosno drugom ispravom kad se mirovina ne isplaćuje putem banke
- o visini dohotka iz članka 24. podstavka 3. do 10. Zakona – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije nadležne porezne uprave
- o visini naknade zbog nezaposlenosti – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije Hrvatskog zavoda za zapošljavanje
- o visini novčanih prava ostvarenih prema propisima o socijalnoj skrbi – potvrdom, odnosno podatkom

iz evidencije nadležnog centra za socijalnu skrb

- o visini drugih novčanih prava ostvarenih prema propisima o mirovinskom osiguranju, o doplatku za djecu, o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji i o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije nadležnog tijela.

Visinu ostvarenih prihoda od naknada plaće, koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda, odnosno koju Zavod isplaćuje na teret sredstava državnog proračuna Zavod utvrđuje na osnovi svojih evidencija.

Pod zajedničkim kućanstvom iz stavka 1. ovoga članka smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja ostvarenih prihoda obitelji.

Članak 60.

Članovima obitelji u smislu članka 59. stavka 1. ovog Pravilnika, čiji se prihodi uračunavaju u ukupan prihod obitelji u skladu s člankom 21. stavkom 4. podstavkom 4. Zakona, smatraju se bračni i izvanbračni supružnik, te ostali članovi obitelji iz članka 7. Zakona, neovisno jesu li zdravstveno osigurani kao članovi obitelji, sposobni za samostalan život i rad i imaju li sredstva za uzdržavanje. Osiguranikom umirovljenikom – samcem iz članka 22. stavka 2. Zakona smatra se osiguranik Zavoda – umirovljenik koji nema članova obitelji u smislu stavka 1. ovog članka.

Svojstvo člana obitelji osigurana osoba dokazuje zdravstvenom iskaznicom ako je zdravstveno osigurana kao član obitelji podnosioca zahtjeva u skladu s člankom 7. Zakona.

Bračni ili izvanbračni supružnik, koji nije zdravstveno osiguran kao član obitelji podnosioca zahtjeva svojstvo člana obitelji u smislu stavka 1. ovoga članka dokazuje izvatkom iz matične knjige vjenčanih ne starijim od šest mjeseci, odnosno dokazom iz članka 12. točke 3. i 4. ovog Pravilnika.

Članovi obitelji koji status člana obitelji ne mogu dokazati zdravstvenom iskaznicom u smislu stavka 3. ovog članka potonji dokazuju pisanom izjavom podnosioca zahtjeva ovjerenom kod javnog bilježnika, o broju članova obitelji koji s njim žive na istoj adresi prebivališta, odnosno boravka, te rodnim listom ne starijim od šest mjeseci ili drugim odgovarajućim dokumentom na osnovi kojeg se može utvrditi srodstvo.

Osigurana osoba Zavoda koja nema članove obitelji u smislu stavka 1. ovog članka, navedenu činjenicu dokazuje rodnim listom ne starijim od 6 mjeseci, sudskom odlukom o rastavi braka, smrtnim listom za bračnog supružnika, te drugim odgovarajućim dokumentom, kao i pisanom izjavom podnosioca zahtjeva da nema drugih članova obitelji ovjerenom kod javnog bilježnika.

Zavod ima pravo zatražiti osiguranu osobu i druge dokaze koje smatra nužnim za utvrđivanje broja članova obitelji, te njihovih prihoda.

Članak 61.

Visinu ostvarenih prihoda iz članka 59. stavka 1. podstavka 2., 4., 5., 6. i 7. ovog Pravilnika Zavod utvrđuje, u pravilu, po službenoj dužnosti, a na osnovi podataka isplatioca tih novčanih prava.

Osigurana osoba obvezna je osobno pribaviti dokaze kojima dokazuje svoje bračno i rodbinsko stanje.

Članak 62.

Osigurana osoba – podnosilac zahtjeva obvezna je za sebe i sve članove svoje obitelji uz zahtjev priložiti i dokaze propisane člankom 59. stavkom 1. podstavkom 1. i 3., člankom 60. i 61. stavkom 2. ovog Pravilnika, kao i dokaz o adresi prebivališta, odnosno boravka članova obitelji za koje je u izjavi danoj kod javnog bilježnika navela da s njom žive u zajedničkom kućanstvu (kopija osobne iskaznice ili potvrda nadležne policijske uprave o adresi prebivališta, odnosno boravka).

O pravu na oslobođanje od plaćanja doplate područni ured Zavoda odlučuje istodobno za podnosioca zahtjeva i članove njegove obitelji.

Pravo na oslobođanje od plaćanja doplate osigurana osoba – podnosilac zahtjeva, te osigurane osobe - članovi obitelji ostvaruju od dana podnošenja zahtjeva, ako Zavod raspolaže potrebnim podacima i ako je podnosilac zahtjeva priložio sve dokaze na osnovi kojih je moguće utvrditi ispunjenje uvjeta za oslobođanje, a koje je bio obvezan osobno pribaviti u skladu s odredbama ovog Pravilnika. U suprotnom pravo na oslobođanje od plaćanja doplate ostvaruje se od dana kada je Zavodu dostavljena sva potrebna dokumentacija.

O pravu iz stavka 2. ovog članka područni ured Zavoda odlučuje, u pravilu, bez donošenja rješenja. Na pisani zahtjev osigurane osobe područni ured Zavoda obvezan je donijeti rješenje.

Članak 63.

Izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite, doktor u službi hitne medicinske pomoći, odnosno doktor ovlašten za propisivanje ortopedskih i drugih pomagala obvezan je prilikom izdavanja uputnice za specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu, odnosno prilikom propisivanja ortopedskih i drugih pomagala na osnovi podataka sadržanih u potvrdi iz članka 57. ovog Pravilnika naznačiti na uputnici, odnosno potvrdi o ortopedskim i drugim pomagalima da je osigurana osoba Zavoda oslobođena plaćanja doplate.

Članak 64.

Osigurana osoba Zavoda koja posjeduje važeću potvrdu iz članka 57. ovog Pravilnika, kojoj je prilikom korištenja prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ugovorni subjekt Zavoda naplatio doplatu, ima pravo podnijeti Zavodu zahtjev za povrat naplaćenog iznosa.

1.8. Pravo na oslobađanje od plaćanja administrativne pristojbe

Članak 65.

Pravo na oslobađanje od plaćanja administrativne pristojbe prema članku 28. stavku 3. Zakona imaju djeca do 18 godina života i invalidi s oštećenjem organizma od najmanje 80% prema posebnim propisima.

Pravo na oslobađanje od plaćanja administrativne pristojbe prema stavku 1. ovog članka djeca dokazuju zdravstvenom iskaznicom, a invalidi s oštećenjem organizma posebnom potvrdom koju izdaje Zavod.

Potvrda iz stavka 2. ovog članka veličine je 85 x 55 mm, izrađena je od tvrdog papira plave boje, čiji je oblik i sadržaj otiskan na tiskanici koja je sastavni dio ovog Pravilnika.

Članak 66.

Potvrdu iz članka 65. stavka 3. ovog Pravilnika osiguranoj osobi izdaje Zavod na osnovi njezinog zahtjeva i rješenja nadležnog tijela o utvrđenom oštećenju organizma u propisanom postotku. Pravo na oslobađanje od plaćanja administrativne pristojbe osigurana osoba stječe s danom podnošenja zahtjeva.

Članak 67.

Potvrda iz članka 65. stavka 3. ovog Pravilnika vrijedi samo uz zdravstvenu iskaznicu. O izdanim potvrdama Zavod vodi posebnu evidenciju.

Članak 68.

Potvrda iz članka 65. stavka 3. ovog Pravilnika vrijedi sve vrijeme dok postoje činjenice na osnovi kojih je izdana.

Osigurana osoba Zavoda obvezna je svaku promjenu od značaja za valjanost isprave u skladu sa stavkom 1. ovog članka javiti područnom uredu Zavoda, uz predočenje isprave radi njezinog poništenja.

Članak 69.

Osigurana osoba koja je u tijeku kalendarskog mjeseca platila administrativnu pristojbu u ukupnom iznosu od 30,00 kuna, oslobođena je od daljnjeg plaćanja administrativne pristojbe za taj mjesec u skladu s člankom 28. stavkom 2. Zakona.

Osigurana osoba koja bi plaćanjem punog iznosa administrativne pristojbe premašila iznos iz stavka 1. ovog članka obvezna je platiti samo razliku do tog iznosa.

Iznos plaćene administrativne pristojbe iz stavka 1. ovog članka osigurana osoba dokazuje posebnim uplatnicama o plaćenju administrativnoj pristojbi.

Članak 70.

Ugovorni subjekt Zavoda, odnosno ovlašteni radnik Zavoda obvezni su osiguranoj osobi za naplaćenu administrativnu pristojbu izdati uplatnicu iz članka 69. ovog Pravilnika.

2. Novčane naknade

2.1. Naknada plaće za vrijeme bolovanja

Članak 71.

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

Pod bolovanjem u smislu Zakona i ovog Pravilnika smatra se odsutnost s rada zbog bolesti ili ozljede, odnosno drugih okolnosti utvrđenih člankom 31. Zakona zbog kojih je osiguranik spriječen izvršavati svoju obvezu rada u skladu s ugovorom o radu, drugim ugovorom ili pojedinačnim aktom.

Članak 72.

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.

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. Osiguranik iz stavka 1. ovog članka ima pravo na naknadu plaće sve dok izabrani doktor obiteljske (opće) medicine primarne zdravstvene zaštite, odnosno nadležno liječničko povjerenstvo Zavoda ne utvrde da je sposoban za rad ili dok nije pravomoćnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost osiguranika.

Osiguranik ima pravo na naknadu plaće na teret sredstava Zavoda najdulje do navršenih 12 mjeseci neprekidnog bolovanja, osim u slučaju kada je bolovanje produljeno zbog toga što u roku propisanom člankom 41. stavkom 2. Zakona (30 dana) nije donesena ocjena o radnoj sposobnosti i invalidnosti, a kod osigurane osobe prema nalazu, mišljenju i ocjeni liječničkog povjerenstva Zavoda i dalje postoji privremena nesposobnost za rad.

Članak 73.

Naknadu plaće iz članka 31. točke 1. i 2. Zakona obračunava i isplaćuje osiguraniku iz svojih sredstava pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac u skladu s člankom 32., odnosno 33. 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 74.

Osiguraniku kojemu je za vrijeme trajanja bolovanja prestao radni odnos, odnosno obavljanje djelatnosti osobnim radom pripada naknada plaće u skladu s člankom 42. Zakona.

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

Članak 75.

Naknadu plaće prema odredbama Zakona i ovog Pravilnika obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba – poslodavac, osim u slučajevima iz članka 31. točke 3., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12. i 13. kada naknadu plaće obračunava i isplaćuje Zavod ako dogovorom između Zavoda i poslodavca nije drukčije određeno.

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 31. točke 4. i 5. Zakona kada je Zavod

obvezan poslodavcu vratiti isplaćenu naknadu plaće u roku od 30 dana od dana primitka zahtjeva za povrat.

Uz zahtjev iz stavka 2. ovog članka poslodavac je obvezan priložiti tiskanice - Potvrda o plaći i tiskanice - Izvješće o bolovanju, te dokumentaciju o izvršenim isplatama naknada plaće.

Iznimno, u slučaju stečajnog postupka poslodavaca ili prestanka postojanja poslodavca, odnosno kada poslodavac nije u mogućnosti zbog nelikvidnosti isplatiti plaću, odnosno naknadu plaće za najmanje tri kalendarska mjeseca, te naknadu plaće zbog bolovanja iz članka 31. točke 1. i 2. Zakona kada se naknada plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda, te članka 31. točke 4. i 5. Zakona isplatu će izvršiti Zavod neposredno osiguraniku.

Članak 76.

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 obveznog roditeljnog dopusta, roditeljnog dopusta do jedne, odnosno tri godine života djeteta, roditeljnog dopusta iz članka 31. točke 12. Zakona, posvojiteljskog dopusta, prava na rad u skraćenom radnom vremenu do jedne, odnosno tri godine života djeteta iz članka 31. točke 8. Zakona, dopusta iz članka 31. točke 9. Zakona, te stanke za dojenje djeteta iz članka 31. točke 10. Zakona.

Članak 77.

Osiguraniku kojem je u vrijeme bolovanja određen pritvor pripada u skladu s odredbama Zakona i ovog Pravilnika 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.

Osiguraniku iz stavka 1. ovog članka nakon otpuštanja iz pritvora, kada 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. 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 78.

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

Osiguraniku koji je privremeno u skladu s člankom 152. stavkom 10. Zakona o radu udaljen s rada, ne pripada pravo na naknada plaću ako za vrijeme dok je udaljen s rada stupi na bolovanje.

2.2. Naknada plaće zbog njege člana obitelji

Članak 79.

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 34. Zakona.

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

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 80.

Pravo na naknadu plaće za vrijeme korištenja obveznog roditeljnog dopusta, roditeljnog dopusta do jedne, odnosno tri godine života djeteta, roditeljnog dopusta iz članka 31. točke 12. Zakona, posvojiteljskog

dopusta, prava na rad u skraćenom radnom vremenu do jedne, odnosno tri godine života djeteta iz članka 31. točke 8. Zakona, dopusta iz članka 31. točke 9. Zakona, stanke za dojenje djeteta iz članka 31. točke 10. Zakona, pripada osiguraniku u visini, na način i u trajanju kako je to propisano Zakonom, Zakonom o radu, Zakonom o porodnom dopustu majki koje obavljaju samostalnu djelatnost i nezaposlenih majki i Zakonom o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za tekuću godinu, te ovim Pravilnikom.

2.4. Novčana naknada zbog nesposobnosti za rad

Članak 81.

Nakon proteka roka od 12 mjeseci neprekidnog bolovanja utvrđenog člankom 41. stavkom 4. Zakona, odnosno u slučaju produljenja bolovanja iz razloga navedenih u članku 72. stavku 4. ovog Pravilnika, osiguranik nakon što mu je donesena ocjena o radnoj sposobnosti i invalidnosti nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja, a koji je prema ocjeni liječničkog povjerenstva Zavoda i dalje nesposoban za rad, ima pravo na novčanu naknadu u visini od 70% od utvrđene osnovice za naknadu plaće sve dok liječničko povjerenstvo Zavoda ne utvrdi da je sposoban za rad. Novčana naknada iz stavka 1. ovog članka ne može iznositi više od najvišeg iznosa mjesečne naknade plaće utvrđene prema članku 46. stavku 3. Zakona, a obračunava ju i isplaćuje područni ured Zavoda na području kojeg je sjedište poslodavca osiguranika.

2.5. 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 82.

Osoba koja je status osiguranika stekla u skladu s člankom 6. Zakona ostvaruje pravo na novčanu naknadu prema člancima 48. do 51. Zakona pod uvjetom da je privremeno nesposobna za obavljanje ugovorenih poslova zbog bolesti (u daljnjem tekstu: privremena nesposobnost), koju utvrđuje liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda. Pravo na novčanu naknadu iz stavka 1. ovog članka osiguranik ostvaruje u postupku i na način propisan ovim Pravilnikom.

Članak 83.

O pravu na novčanu naknadu zbog privremene nesposobnosti iz članka 82. ovog Pravilnika Zavod odlučuje rješenjem po prethodno pribavljenom nalazu, mišljenju i ocjeni liječničkog povjerenstva područnog ureda Zavoda, a na osnovi pisanog zahtjeva osiguranika koji podnosi područnom uredu Zavoda nadležnom prema mjestu svog prebivališta, odnosno boravka.

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

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

- medicinsku dokumentaciju o nastaloj bolesti

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

- 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

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

Na osnovi zahtjeva osiguranika i priložene dokumentacije iz stavka 2. podstavka 1. do 3. ovog članka nadležni područni ured Zavoda upućuje osiguranika liječničkom povjerenstvu područnog ureda Zavoda radi utvrđivanja privremene nesposobnosti, a osiguranik je obavezan javiti se liječničkom povjerenstvu odmah, odnosno najkasnije u roku od tri dana.

Članak 84.

Liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda nalaz, mišljenje i ocjenu donosi na osnovi dokumentacije iz članka 83. stavka 4. ovog Pravilnika i pregleda osiguranika.

Nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničko povjerenstvo 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.

Osiguraniku koji nije podnio zahtjev u roku iz članka 83. stavka 3. ovog Pravilnika, odnosno koji se nije javio liječničkom povjerenstvu u roku iz članka 83. stavka 4. ovog Pravilnika, liječničko povjerenstvo može utvrditi početak privremene nesposobnosti najviše za šest dana koji prethode danu donošenja nalaza, mišljenja i ocjene iz stavka 1. ovog članka.

Članak 85.

Rješenjem iz članka 83. 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 liječničkog povjerenstva područnog ureda Zavoda o privremenoj nesposobnosti osiguranika.

Članak 86.

Novčana naknada iz članka 82. ovog Pravilnika, koja osiguraniku pripada zbog privremene nesposobnosti, obračunava se kao prosječna dnevna naknada izračunata na osnovi šestodnevnog radnog tjedna.

Članak 87.

Osnovicu za utvrđivanje novčane naknade iz članka 82. ovog Pravilnika čini prosječni mjesečni iznos primitaka umanjnih 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.

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 šest, neovisno da li je u tom razdoblju isplaćen jedan ili više primitaka.

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 6. Zakona.

Članak 88.

Visina novčane naknade iz članka 82. ovog Pravilnika iznosi 70% od osnovice za naknadu utvrđene u skladu s člankom 87. ovog Pravilnika, s time da tako utvrđena novčana naknada ne može iznositi više od najvišeg iznosa mjesečne naknade plaće utvrđene prema članku 46. stavku 3. Zakona.

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

Članak 89.

Novčana naknada iz članka 82. 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.

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

Članak 90.

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 njezinog prebivališta, odnosno boravka (u daljnjem tekstu: mjesto polaska) u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse u drugo mjesto (u daljnjem tekstu: mjesto upućivanja) pod sljedećim uvjetima:

- da je udaljenost od mjesta polaska do mjesta upućivanja veća od 30 kilometara
- da u bližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse nema ugovorene djelatnosti za traženu vrstu zdravstvene zaštite
- da je doktor medicine, odnosno stomatologije potvrdio na tiskanici putnog naloga da je izvršio traženi pregled, dijagnostičku pretragu ili postupak.

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.

Pravo na naknadu troškova prijevoza neovisno o udaljenosti od mjesta polaska do mjesta upućivanja ostvaruje i osigurana osoba do 18. godine života, osigurana osoba s prebivalištem, odnosno boravkom na otoku, te na područjima određenim Zakonom o brdsko-planinskim područjima i Zakonom o područjima posebne državne skrbi.

Članak 91.

Pod troškovima prijevoza iz članka 90. 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.

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, osiguranoj osobi se zbog njezinog zdravstvenog stanja, prema prethodnom odobrenju nadležnog liječničkog povjerenstva Zavoda, a na prijedlog izabranog doktora može odobriti korištenje skupljeg javnog prijevoznog sredstva (spavaća kola u vlaku, zrakoplov). Osigurana osoba kojoj je na osnovi ocjene liječničkog povjerenstva iz stavka 2. ovog članka odobreno skuplje prijevozno sredstvo ima pravo na naknadu troškova u visini cijene putne karte odobrenog prijevoznog sredstva.

Članak 92.

Naknada troškova prijevoza pripada i za prijevoz posmrtnih ostataka osigurane osobe koja je zdravstvenu zaštitu koristila u smislu odredbi članka 90. ovog Pravilnika, kao i za prijevoz umrle osigurane osobe koja je upućena izvan mjesta prebivališta radi eksplantacije organa u svrhu transplantacije, a koja je umrla tijekom ili nakon eksplantacije organa.

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

Članak 93.

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 31. ovog Pravilnika ima u ime troškova prijevoza pravo na novčanu naknadu u visini utvrđenoj u stavku 2., 3. i 4. ovog članka.

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.

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.

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 91. 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 94.

Iznimno od članka 91. 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 prijeđenom kilometru za relaciju kojom ne prometuje javno prijevozno sredstvo, a prema službenim podacima o udaljenosti između mjesta polaska do najbližeg mjesta od kojeg prometuje javno prijevozno sredstvo.

Članak 95.

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 medicinske pomoći morala koristiti prijevoz osobnim vozilom ili auto-taksi 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.

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 prijeđenom kilometru.

Članak 96.

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 pratitelja određena.

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 97.

Osiguraniku ne pripada pravo na naknadu troškova prijevoza kada 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.

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 98.

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

Članak 99.

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.

Tjedan u smislu odredbe ovog članka ima 6 radnih dana.

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

Članak 100.

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. 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.

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.

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.

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.

Pod isplaćenom plaćom iz stavka 1. ovog članka na osnovi koje se utvrđuje osnovica za naknadu plaće podrazumijeva se, u smislu članka 45. 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).

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 doprinose iz osnovice, porez i prirez. Iznimno, u osnovicu za naknadu plaće iz stavka 1. ovog članka, kada se naknada plaće isplaćuje na teret sredstava Zavoda ili državnog proračuna, uračunavaju se i primitci od kojih se, prema propisima o porezu na dohodak, utvrđuje drugi dohodak, 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 101.

Osnovica za naknadu plaće utvrđena prema članku 100. i 102. ovog Pravilnika, konačna je i ne može se mijenjati.

Iznimno od stavka 1. ovog članka, kada je osnovica za naknadu utvrđena na osnovi pogrešnih ili nepotpunih podataka iz članka 100. i 102. ovog Pravilnika, 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.

Članak 102.

Osiguraniku iz članka 5. stavka 1. točke 3., 4., 6. i 8. 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 doprinose za mirovinsko osiguranje, porez i prirez.

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.

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 100. stavka 3. ovog Pravilnika.

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.

Iznimno, kada 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 103.

Pod prosječnom osnovicom osiguranja iz članka 102. 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 104.

Kad se osnovica za naknadu plaće iz članka 100. i 102. ovog Pravilnika utvrđuje i po osnovi 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.

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.

Osiguranik ima pravo na naknadu plaće obračunatu prema stavku 1. i 2. ovog članka pod uvjetom da ima ostvaren staž osiguranja u Zavodu na osnovi radnog odnosa ili obavljanja gospodarske djelatnosti, odnosno obavljanja profesionalne djelatnosti samostalno u obliku zanimanja od najmanje 12 mjeseci neprekidno ili 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine.

Članak 105.

Iznimno od članka 104. stavka 1. i 2. ovog Pravilnika u slučajevima kad se prema odredbi članka 45. stavka 5. Zakona i članka 100. stavka 3., odnosno članka 102. 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 106.

Kad obračun i isplatu naknade plaće, koja tereti sredstva Zavoda, obavlja poslodavac u skladu s člankom 33. stavkom 3. i 4. Zakona, naknadu plaće obračunava od osnovice za naknadu utvrđene prema članku 100. 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.

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.

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 46. stavkom 3. Zakona.

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 107.

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

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 kada je do ponovnog bolovanja došlo zbog iste bolesti, ozljede ili stanja prema šifri međunarodne klasifikacije bolesti (nastavno bolovanje).

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.).

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.

Iznimno od odredbe stavka 2. ovog članka, pod neprekidnim bolovanjem smatra se i bolovanje zbog korištenja obveznog rodiljnog dopusta na koji osiguranica nastupa neposredno nakon korištenja bolovanja iz članka 31. točke 6. Zakona ako je to za osiguranicu povoljnije.

Članak 108.

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 5. stavka 1. točke 3., 4., 6. i 8. na tiskanici - Potvrda o osnovicama osiguranja koje su sastavni dio ovog Pravilnika.

Podatke u tiskanice iz stavka 1. ovog članka unosi i dostavlja nadležnoj službi Zavoda:

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

3.2. Način valorizacije (povećanja) osnovice za naknadu plaće

Članak 109.

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.

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.

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 članku 100. i 102. ovog Pravilnika, usporedbom kojih se utvrđuje postotak za valorizaciju osnovice za naknadu plaće (valorizacijski koeficijent).

Članak 110.

Ako povećanje naknade plaće nije izvršeno prema članku 109. 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.

Povećana naknada plaće prema članku 109. ovog Pravilnika i stavku 1. ovoga članka pripada osiguraniku od prvog dana idućeg mjeseca nakon ispunjenja uvjeta za povećanje naknade plaće.

Članak 111.

Povećanje naknade plaće prema članku 109. i 110. 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.

O novoutvrđenoj osnovici za naknadu plaće prema stavku 1. ovoga članka Zavod je obavezan obavijestiti poslodavca kad poslodavac vrši obračun i isplatu naknade plaće u skladu s člankom 106. ovog Pravilnika.

3.3. Visina naknade plaće

Članak 112.

Naknada plaće pripada osiguraniku u visini propisanoj Zakonom i ovim Pravilnikom, pod uvjetom da prije dana nastanka slučaja, na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu, ima ostvaren staž osiguranja u Zavodu osnovnom radnog odnosa ili obavljanja gospodarske djelatnosti, odnosno obavljanja profesionalne djelatnosti samostalno u obliku zanimanja najmanje 12 mjeseci neprekidno ili 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine (prethodno osiguranje).

Osiguraniku, koji ne ispunjava uvjet prethodnog osiguranja iz stavka 1. ovoga članka, naknada plaće za sve vrijeme trajanja bolovanja pripada u iznosu od 25% proračunske osnovice mjesečno, osim u slučaju korištenja prava na obvezni rodiljni dopust i prava na bolovanje zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu.

Članak 113.

Mjesečna naknada plaće za puno radno vrijeme, utvrđena prema odredbama Zakona i ovog Pravilnika, ne može biti niža od 25% proračunske osnovice u skladu s člankom 46. stavkom 1. Zakona.

Najviši mjesečni iznos naknade plaće obračunate prema odredbama Zakona i ovog Pravilnika, koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda, ne može iznositi više od proračunske osnovice uvećane za 28% u skladu s člankom 46. stavkom 3. Zakona.

Članak 114.

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

- 70% od osnovice za naknadu plaće za prvih šest kalendarskih mjeseci neprekidnog bolovanja
- 80% od osnovice za naknadu plaće od prvog sljedećeg dana nakon isteka roka neprekidnog trajanja bolovanja iz podstavka 1. ovoga stavka
- 100% od osnovice za naknadu, u slučajevima propisanim člankom 46. stavkom 2. točkama 2. do 6. Zakona.

Članak 115.

Osiguranik kojem je za vrijeme korištenja naknade plaće iz članka 72. stavka 3. ovog Pravilnika, odnosno za vrijeme korištenja novčane naknade iz članka 81. ovog Pravilnika konačnim rješenjem nadležnog tijela mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost, od dana konačnosti do pravomoćnosti tog rješenja ima pravo u skladu s člankom 41. stavkom 6. Zakona na naknadu plaće u visini 50% iznosa zadnje naknade plaće koja mu je isplaćena za vrijeme trajanja bolovanja iz članka 72. stavka 3. ovoga Pravilnika.

Naknadu plaće iz stavka 1. ovoga članka obračunava i isplaćuje područni ured Zavoda na području kojeg je sjedište poslodavca osiguranika.

IV. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

1. Ostvarivanje zdravstvene zaštite

Članak 116.

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.

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 30. ovog Pravilnika ima pravo na osnovi podnijetog zahtjeva na povrat plaćenih troškova za tu zdravstvenu zaštitu ako je liječničko povjerenstvo Zavoda utvrdilo da se radi zdravstvenoj zaštiti pruženoj u hitnom slučaju te odobrilo povrat sredstava, ali najviše u visini vrijednosti zdravstvenog standarda utvrđenog Zakonom, odnosno općim aktima Zavoda.

Članak 117.

Osigurana osoba kojoj je ugovorni subjekt Zavoda neopravdano:

- naplatio zdravstvenu uslugu
- odbio pružiti zdravstvenu zaštitu uvjetujući potonju prethodnom kupnjom ugradbenih, odnosno potrošnih materijala ili lijekova s Osnovne liste lijekova, odnosno po izboru osigurane osobe s Dopunske liste lijekova za koje osigurana osoba ispunjava uvjete propisane općim aktima Zavoda
- 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
- neopravdano naplatio u cijelosti ili djelomice odobreno ortopedsko ili drugo pomagalo, a koji su za osiguranu osobu bili medicinski indicirani, ima pravo na povrat tih troškova ako se u postupku pri nadležnom područnom uredu Zavoda pokrenutom na njezin zahtjev, prema ocjeni liječničkog povjerenstva Zavoda utvrdi da se radi o korištenju zdravstvene zaštite na koju, u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osigurana osoba ima pravo u skladu sa Zakonom i općim aktima Zavoda.

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 118.

Naknadu plaće, odnosno novčanu naknadu za vrijeme bolovanja iz članka 81. ovog Pravilnika osiguranik ostvaruje kod pravne, odnosno fizičke osobe – poslodavca, odnosno Zavoda u skladu s odredbama članka 32. i 33. Zakona i ovog Pravilnika.

Članak 119.

O pravu na naknadu plaće, odnosno novčanu naknadu iz članka 81. ovog Pravilnika odlučuje se, u pravilu, bez donošenja pisanog rješenja na osnovi izvješća o bolovanju koje izdaje izabrani doktor obiteljske (opće) medicine.

Iznimno od stavka 1. ovog članka kada se bolovanje koristi zbog roditeljnog dopusta od 6 mjeseci do

jedne, odnosno tri godine života djeteta, rodiljnog dopusta iz članka 31. točke 12. Zakona, posvojiteljskog dopusta, prava na rad u skraćenom radnom vremenu do jedne, odnosno tri godine života djeteta iz članka 31. točke 8. Zakona, dopusta iz članka 31. točke 9. Zakona, stanke za dojenje djeteta iz članka 31. točke 10. Zakona, te privremene nesposobnosti za rad zbog rane, ozljede ili bolesti koja je neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu iz članka 31. točke 13. Zakona, o pravu na naknadu plaće odlučuje se pisanim rješenjem, a na osnovi zahtjeva osiguranika.

Članak 120.

Izabrani doktor obiteljske (opće) medicine koji je utvrdio početak i prestanak bolovanja osiguranika u skladu s odredbama članka 39. Zakona, drugih propisa, ovog Pravilnika i drugih općih akata Zavoda, ispunjava i izdaje osiguraniku tiskanicu - Izvješće o bolovanju.

Tiskanica iz stavka 1. ovog članka sastavni je dio ovog Pravilnika.

Kada 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.

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

Članak 121.

Izvješće o bolovanju izdaje se:

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

a) posljednjeg dana bolovanja, ako je bolovanje trajalo kraće od 7 odnosno 42 dana (članak 32. Zakona)

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

2. kada 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.

U izvješću o bolovanju zbog korištenja obveznog rodiljnog dopusta upisuje se samo početni datum otvaranja bolovanja.

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 122.

Naknada plaće koja na osnovi Zakona o radu osiguranici pripada nakon prekida rodiljnog dopusta zbog mrtvorođenog djeteta ili smrti novorođenog djeteta, obračunava se i isplaćuje kao pravo s osnove korištenja rodiljnog dopusta za sve vrijeme trajanja bolovanja, koje je prema izvješću o bolovanju izabranog doktora obiteljske (opće) medicine potrebno osiguranici zbog oporavka od porođaja i psihičkog stanja prouzročeno gubitkom djeteta, s tim da osiguranici to bolovanje ne može biti kraće od 45 kalendarskih dana.

Članak 123.

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće u slučajevima iz članka 44. Zakona i to od dana nastanka tih slučajeva do dana njihovog prestanka, odnosno prestanka posljedica njima prouzročeno.

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

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 124.

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

Na zahtjev osigurane osobe, koja nije zadovoljna izvršenom isplatom, prema stavku 1. ovog članka izdaje se pisano rješenje protiv kojeg osigurana osoba ima pravo izjaviti žalbu Direkciji Zavoda.

Članak 125.

Pravo na naknadu troškova prijevoza zbog korištenja zdravstvene zaštite osigurana osoba ostvaruje na osnovi tiskanica putnog naloga za jednokratno ili višekratno putovanje.

Iznimno od stavka 1. ovog članka, osigurana osoba kojoj je ocjenom liječničkog povjerenstva 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.

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.

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 90. ovoga Pravilnika za ostvarivanje prava na naknadu troškova prijevoza radi korištenja zdravstvene zaštite na osnovi izdane uputnice iz članka 35. i 43. ovog Pravilnika, te ako je putni nalog realiziran u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse u koju je osigurana osoba upućena od strane izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite.

Tiskаницe putnog naloga iz stavka 1. ovog članka tiskane su uz ovaj Pravilnik i čine njegov sastavni dio.

Članak 126.

Iznimno od odredbe članka 125. ovog Pravilnika, u slučajevima iz članka 95. ovog Pravilnika osigurana osoba ima pravo na troškove prijevoza i bez posjedovanja putnog naloga, osnovom odobrenja liječničkog povjerenstva Zavoda s time da je obvezna priložiti medicinsku dokumentaciju koja potvrđuje nužnost prijevoza u hitnim slučajevima.

Članak 127.

Pravo na naknadu troškova prijevoza osigurana osoba iz članka 93. ovog Pravilnika ostvaruje na osnovi potvrde ugovorne zdravstvene ustanove o broju izvršenih hemodijaliza u prethodnom kalendarskom mjesecu.

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

3. Zaštita prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 128.

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.

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 129.

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

Članak 130.

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

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

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

Žalba ne odgađa izvršenje rješenja.

Rješenje Direkcije Zavoda donijeto prema žalbi osigurane osobe je konačno i protiv njega može se pokrenuti upravni spor pred Upravnim sudom Republike Hrvatske.

Članak 131.

U postupku rješavanja o pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja primjenjuju se odredbe Zakona o općem upravnom postupku ako Zakonom nije drukčije propisano.

4. Dospijeće prava i rokovi

Članak 132.

Osiguraniku zaposlenom pri pravnoj, odnosno fizičkoj osobi - poslodavcu zahtjev za isplatu naknade plaće, odnosno novčane naknade iz članka 81. ovog Pravilnika dostiže danom kojim dostiže isplata plaće kod poslodavca za odnosni mjesec.

Osiguraniku iz stavka 1. ovog članka zahtjev za isplatu pripadajućeg dijela naknade plaće, odnosno novčane naknade iz članka 81. ovog Pravilnika 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 75. stavka 2. ovog Pravilnika.

Osiguraniku iz članka 5. stavka 1. točke 3., 4., 6., 8. i 16. i članka 42. Zakona zahtjev za isplatu naknade plaće, odnosno novčane naknade iz članka 81. ovog Pravilnika dostiže 15. dana u mjesecu za prethodni mjesec.

Osiguraniku iz članka 6. Zakona zahtjev za isplatu novčane naknade zbog privremene nesposobnosti dostiže 60. dana od dana podnošenja zahtjeva.

Članak 133.

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
3. za novčanu naknadu iz članka 81. ovog Pravilnika - 15. dana u mjesecu za prethodni mjesec.

Članak 134.

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 135.

Do početka primjene Osnovne liste lijekova i Dopunske liste lijekova iz članka 55. ovoga Pravilnika osigurane osobe ostvaruju pravo na lijekove utvrđene Odlukom o utvrđivanju liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine" broj 19/06., 24/06., 36/06., 61/06. i 84/06. – u daljnjem tekstu: lista lijekova Zavoda) pod uvjetom i na način utvrđen tom Odlukom, a u skladu s odredbom članka 139. Zakona.

Osigurana osoba kojoj je na recept propisan lijek u vrijeme važenja liste lijekova Zavoda iz stavka 1.

ovog članka ima pravo taj lijek ostvariti i nakon početka primjene Osnovne liste lijekova i Dopunske liste lijekova pod uvjetima koji su vrijedili u vrijeme propisivanja lijeka, ako je recept realizirala u roku propisanom Pravilnikom o načinu propisivanja, izdavanja i naplaćivanja lijekova ("Narodne novine" broj 155/05. i 24/06.).

Članak 136.

Danom primjene ovog Pravilnika prestaje vrijediti Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava na osnovno zdravstveno osiguranje ("Narodne novine", broj 93/03., 158/03., 198/03., 81/04., 174/04., 30/05., 62/05., 112/05., 64/06. – pročišćeni tekst i 98/06.), osim tiskanica iz članka 52., 64., 108., 120., 121. i 126. koje se uz tiskanice iz članka 34., 52., 65., 108., 120. i 125. ovog Pravilnika primjenjuju do zaključno 31. prosinca 2006. godine.

Članak 137.

Osigurana osoba kojoj je radi ostvarivanja prava na oslobađanje od plaćanja administrativne pristojbe izdana potvrda u skladu s Pravilnikom iz članka 136. ovog Pravilnika ostvaruje pravo na oslobađanje od plaćanja administrativne pristojbe na osnovi te potvrde i nakon datuma primjene ovog Pravilnika.

Članak 138.

Ovaj Pravilnik objavljuje se u "Narodnim novinama", a primjenjuje se od 15. studenoga 2006. godine.

Klasa: 025-04/06-01/336
Ur.broj: 338-01-01-06-1
Zagreb, 24. listopada 2006. godine

Predsjednik Upravnog vijeća
Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
prim. Stjepan Bačić, dr. med., v. r.