

RBR	IZVJEŠĆE	BROJ IZVJEŠĆA	OZNAKA IZVJEŠĆA	ELEMENT	ATRIBUT	VRIJEDNOST	OPIS ATRIBUTA/ELEMENTA	OPIS VRIJEDNOSTI
146.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	ur_vr	bK	vrsta uređaja	Uređaj za provjeru autentičnosti kovanica – CCM
147.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	lok	PJ	tip lokacije	poslovna jedinica
148.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	lok	ZP	tip lokacije	zatvoreni prostor
149.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	lok	OP	tip lokacije	otvoreni prostor
150.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	proizv	tip string max 200	proizvođač uređaja	string max 200 znakova
151.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	naz	tip string max 240	naziv uređaja	string max 240 znakova
152.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	model	tip string max 200	model uređaja	string max 200 znakova
153.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	eur_ver	tip string max 300	software verzija za obradu eura	string max 300 znakova
154.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	brojac	tip non negative int	stanje brojača	nula ili pozitivni integer
155.	uredaji za obradu novčanica i kovanica i održavanje uređaja	8	ur	uredaj_obr	dat_odrz	tip date	datum zadnjeg održavanja	datum formata GGGG-MM-DD
156.	zaglavlje dnevno	1.1, 1.2, 2, 3, 4	izvjestaj_dnevni	obveznik_oib	-	regex: d{11}	OIB obveznika	broj 11 znamenki
157.	zaglavlje dnevno	1.1, 1.2, 2, 3, 4	izvjestaj_dnevni	datum	-	tip date	datum izvješća	datum formata GGGG-MM-DD
158.	zaglavlje dnevno	1.1, 1.2, 2, 3, 4	izvjestaj_dnevni	valuta_domicilna	-	regex: EUR	domicilna valuta	oznaka valute EUR
159.	zaglavlje mjesečno	5, 6, 7, 8	izvjestaj_mjesecni	obveznik_oib	-	regex: d{11}	OIB obveznika	broj 11 znamenki
160.	zaglavlje mjesečno	5, 6, 7, 8	izvjestaj_mjesecni	datum	-	tip date	datum izvješća	datum formata GGGG-MM-DD
161.	obrada udaljenih poslovnih jedinica	5	ob_ud	valuta_domicilna	-	regex: EUR	domicilna valuta	oznaka valute EUR

PRILOG 3

OBAVIJEST O NAKNADNOJ DOSTAVI DATOTEKE

Datum slanja: _____

1. PODACI O POŠILJATELJU

Naziv obveznika:

OIB:

Osoba za kontakt:

Telefon za kontakt:

2. PODACI O DATOTEKI

Vrsta datoteke (D – Dnevna; M – Mjesečna)	Izveštajno razdoblje	Naziv datoteke	Oznaka datoteke

3. RAZLOG SLANJA

Kratak opis:

Potpis odgovorne osobe:

HRVATSKI ZAVOD ZA
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

2249

Na osnovi članka 16. stavka 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 85/06., 150/08., 71/10., 53/20., 120/21. i 23/23.), članka 295. Zakona o obveznim odnosima (»Narodne novine«, broj 35/05., 41/08., 125/11., 78/15., 29/18., 126/21., 114/22. i 156/22.), članka 27. stavka 1. točke 2. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 18/09., 33/10., 8/11., 18/13., 1/14., 83/15. i 108/21.) i članka 4. stavka 4. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine«, broj 91/13., 136/13., 21/14., 135/14., 144/14., 42/18., 26/23. i 55/23.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 88. sjednici održanoj 18. prosinca 2023. godine donijelo je

OPĆE UVJETE UGOVORA O DOPUNSKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. UVODNA ODREDBA

Ovi Opći uvjeti utvrđeni su osnovom članka 11. do 16. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju određaba Pravila uspostavljanja i provođenja dopuskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Pravila)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) i ponuditelj sklapaju ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji se sastoji od police i ovih Općih uvjeta.

II. ZNAČENJE POJMOVA

Pojedini pojmovi korišteni u ovim Općim uvjetima imaju sljedeće značenje:

Ponuda – izražena volja ugovorne strane za sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju

Ponuditelj – osoba koja Zavodu uputi ponudu za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju

Osigurana osoba – osoba koja je, sukladno odredbama zakona kojim se uređuje obvezno zdravstveno osiguranje, osigurana na obvezno zdravstveno osiguranje

Osiguranik – osoba koja je stekla status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju

Ugovaratelj – osoba koja sa Zavodom, za sebe ili druge, sklapa ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju te koja je obveznik uplate premije

Premija – iznos koji se prema ugovoru o dopunskom zdravstvenom osiguranju plaća Zavodu, a naznačen je na polici

Polica – isprava kojom se dokazuje da je ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklopljen

Iskaznica – isprava kojom se dokazuje svojstvo osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju

Mjesec osiguranja – razdoblje od mjesec dana koje započinje danom dospijeca premije ili njezina obroka, a završava danom koji prethodi istome datumu narednog mjeseca.

III. UVJETI ZA STJECANJE STATUSA OSIGURANIKA I UGOVARATELJA

Osiguranikom mogu postati samo osigurane osobe koje su navršile 18 godina života i koje prema Zavodu nemaju nepodmirenih tražbina, odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz važeće ili prethodnih polica dopuskoga zdravstvenog osiguranja sklopljenih sa Zavodom osim u slučaju ostvarivanja prava na plaćanje premije iz sredstava državnog proračuna.

Ugovarateljem može postati svaka fizička ili pravna osoba koja prema Zavodu nema nepodmirenih tražbina, odnosno dospjelih, a neplaćenih premija iz važeće ili prethodnih polica dopuskoga zdravstvenog osiguranja sklopljenih sa Zavodom.

IV. SKLAPANJE UGOVORA

Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: ugovor) sklapa se na osnovi ponude ponuditelja.

Zavod može prethodno zatražiti od ponuditelja pisanu ponudu na obrascu koji sadrži podatke iz članka 11. stavka 3., Pravila, odnosno za e-ponudu podatke propisane člankom 12. Pravila.

Ponuda vrijedi osam dana od dana njezina zaprimanja u Zavodu.

Ponudu obvezno potpisuje osoba koja želi postati osiguranikom.

Svojim potpisom na ponudi odnosno naprednim elektroničkim potpisom na e-ponudi osiguranik/ugovaratelj potvrđuje prihvaćanje Općih i posebnih uvjeta dopuskoga zdravstvenog osiguranja.

Ako e-ponuda ne sadrži sve propisane podatke, ugovor će se smatrati sklopljenim pod uvjetom da je osiguranik/ugovaratelj uplatio dospelu premiju do početka osiguranja.

Ako Zavod, u roku iz stavka 3. ove točke, ne odbije ponudu, a ponuda je u skladu s ovim Općim uvjetima, smatra se da je ponuda prihvaćena i ugovor sklopljen s danom zaprimanja ponude u Zavodu.

Kada e-ponuda pristigne Zavodu izvan radnog vremena kao dan zaprimanja ponude smatrat će se prvi sljedeći radni dan.

Prava i obveze iz ugovora počinju vrijediti u roku od 15 dana od dana sklapanja ugovora.

Iznimno od odredbe stavka 9. ove točke, za osiguranike koji su imali ranije ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje sa Zavodom ili drugim osigurateljem, i koji su najkasnije u roku 30 dana od dana prestanka važenja prethodne police dopuskoga zdravstvenog osiguranja Zavodu podnijeli ponudu za sklapanje novog ugovora uz koju su priložili dokaz o isteku prethodne police, prava i obveze iz ugovora počinju vrijediti s danom sklapanja ugovora.

Ako ponuditelj koji želi postati osiguranikom dopuskoga zdravstvenog osiguranja sklapa ugovor na osnovi usmene ponude uz predočenje osobne iskaznice, obvezno potpisuje ponudu koju je u skladu s njegovom usmenom ponudom sastavio radnik Zavoda, a nakon provjere statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ponuditelja.

V. POLICA

Zavod izdaje osiguraniku policu koja sadrži podatke propisane člankom 8. Pravila.

Naknadne promjene u imenu i prezimenu osiguranika, imenu i prezimenu odnosno nazivu ugovaratelja, adresi ugovaratelja i datumu rođenja osiguranika te druge bitne promjene ugovaratelj je obvezan prijaviti Zavodu u roku od osam dana od dana nastale promjene.

VI. PREDMET OSIGURANJA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Policom Zavod osigurava pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20 % pune cijene zdravstvene zaštite, odnosno najmanje u iznosu postotka proračunske osnovice za izvršenu zdravstvenu zaštitu kako slijedi:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 1 % proračunske osnovice
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 2 % proračunske osnovice
3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda – 2 % proračunske osnovice
4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantlyj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 1 % proračunske osnovice po danu
5. liječenje u drugim državama članicama Europske unije*, ugovornim državama** i trećim državama** u skladu s propisima

Europske unije međunarodnim ugovorom, Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i općim aktom Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno

6. troškove bolničke zdravstvene zaštite - 4,01 % proračunske osnove po danu

7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za odrasle osobe u dobi od 18 do 65 godina - 40,09 % proračunske osnove

8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za osobe starije od 65 godina - 20,04 % proračunske osnove.

Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 3. ovoga članka koji je obvezna snositi osigurana osoba može po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 120,26 % proračunske osnove.

U slučaju kada je iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja utvrđen u skladu sa stavkom 1. ove točke veći od punog iznosa cijene zdravstvene zaštite dopunskim zdravstvenim osiguranjem osiguraniku se osigurava plaćanje punog iznosa cijene te zdravstvene zaštite.

Policom iz stavka 1. ove točke Zavod osigurava i sudjelovanje u pokriću troškova zdravstvene zaštite u visini od 0,30 % od proračunske osnove za:

1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, sukladno općem aktu Zavoda

2. izdavanje lijeka po receptu.

VII. PREMIJA – CIJENA POLICE

Iznos premije, odnosno cijena police za pokriće troškova sudjelovanja iz ovih Općih uvjeta utvrđuje se u skladu s odlukom kojom se utvrđuje cijena police dopunskoga zdravstvenog osiguranja važećom u trenutku sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Iznos premije se može promijeniti za vrijeme osigurateljnog razdoblja u slučaju promjene zakona ili podzakonskih propisa odnosno općih akata Zavoda koji se odnose na opseg i sadržaj dopunskoga zdravstvenog osiguranja, visinu sudjelovanja ili druge elemente značajne za utvrđivanje iznosa premije.

VIII. TRAJANJE OSIGURANJA

Ugovor se sklapa na godinu dana s mogućnošću produljenja potonjeg na novo osigurateljno razdoblje od godinu dana.

Osiguranje počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polici naveden kao početak dopunskoga zdravstvenog osiguranja, a prestaje u 24:00 sati onoga dana kada istekne rok važenja police.

Osiguranje prestaje i prije isteka roka utvrđenog policom i to u slučaju:

1. smrti osiguranika – danom smrti
2. gubitka statusa osigurane osobe Zavoda u obveznom zdravstvenom osiguranju – danom gubitka statusa
3. raskida ugovora – prema točki XI. stavcima 1. i 2. ovih Općih uvjeta

4. otkaza ugovora – istekom otkaznog roka

5. odustanka od ugovora – do dana početka važenja police pod uvjetom da nije uplaćena dospjela premija;

6. gubitka prava na policu na teret državnog proračuna Republike Hrvatske.

* države članice Europske unije

** države koje nisu članice Europske unije

IX. OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

Osiguranik ostvaruje prava iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja sa važećom iskaznicom, koju mu izdaje Zavod odnosno iznimno osnovom police.

X. PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NE PLAĆANJA

Ugovorom se ugovara plaćanje premije mjesečno.

Premija se uplaćuje unaprijed prema rokovima dospjeća iz police, ako posebnim ugovorom nije drukčije određeno, a sukladno uputi Zavoda.

Zavod će o dospjelim, a neplaćenim premijama izvijestiti ugovaratelja pisanom opomenom.

Na zakašnjele uplate premija obračunavaju se zakonske zatezne kamate.

Ako ugovaratelj kasni s plaćanjem jedne ili više premija, uplatom se podmiruju ranije dospjele premije i to najprije zatezne kamate pa neplaćene premije.

Osiguravatelj je obavezan prihvatiti premiju od svake osobe koja za to ima pravni interes.

XI. RASKID UGOVORA

Ako ugovaratelj ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Zavod ima pravo raskinuti ugovor.

Zavod je obavezan pisanim putem obavijestiti ugovaratelja o raskidu ugovora.

U slučaju raskida ugovora iz stavka 1. ove točke ugovaratelj je obavezan Zavodu platiti dospjele, a neplaćene premije do dana raskida ugovora, kao i iznos utvrđenih troškova zdravstvene zaštite iz točke XVI. ovih Općih uvjeta.

Na zahtjev ugovaratelja koji je podmirio pripadajuću premiju do dana raskida ugovora, Zavod može izdati novu policu koja počinje vrijediti od dana raskida prethodno važeće police.

Ugovor je ništetan ako je u trenutku njegovog sklapanja već nastao osigurani slučaj ili je bilo izvjesno da će nastupiti, osim ako odlukom kojom se uređuje cijena police nije drugačije utvrđeno. U tom slučaju uplaćena premija vraća se ugovaratelju umanjena za troškove osiguravatelja.

XII. OTKAZ UGOVORA

Ugovaratelj može pisanim putem otkazati ugovor uz otkazni rok od tri mjeseca uz obvezu plaćanja pripadajuće premije, a za koje vrijeme ostvaruje sva prava iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja.

U slučaju otkaza ugovora iz stavka 1. ove točke ugovaratelj je obavezan Zavodu platiti iznos utvrđenih troškova zdravstvene zaštite iz točke XVI. ovih Općih uvjeta.

XIII. ODUSTANAK OD UGOVORA

Ugovaratelj može pisanim putem odustati od ugovora do početka osiguranja, pod uvjetom da nije uplatio dospjelu premiju.

XIV. PRODULJENJE OSIGURATELJNOG RAZDOBLJA

Nakon isteka trajanja osigurateljnog razdoblja od jedne godine ugovor će se smatrat važećim i za naredno osigurateljno razdoblje od jedne godine pod uvjetima određenim ovim Općim uvjetima, ako se osiguranik/ugovaratelj prije isteka ugovorenog razdoblja pisano ne izjasni da ne želi produljenje sklopljenog ugovora.

Iznimno od stavka 1. ove točke, za osiguranike koji ostvaruju policu na teret sredstava državnog proračuna Republike Hrvatske ugovor/polica neće biti važeća i za naredno osigurateljno razdoblje od jedne godine, već će se ponovo utvrđivati postojanje uvjeta za stjecanje rečenog prava. Ove uvjete utvrđuje Zavod po službenoj dužnosti, a ako su isti Zavodu nedostupni dokaz o ispunjenju uvjeta za policu na teret državnog proračuna dužan je predočiti osiguranik, najkasnije do isteka tekućeg osigurateljnog razdoblja.

XV. NASTAVNO OSIGURANJE

Kada osiguranik želi nastaviti dopunsko zdravstveno osiguranje pod drugim uvjetima koji zahtijevaju sklapanje novog ugovora ili kada se mijenja ugovaratelj, osiguranik/ugovaratelj obavezan je Zavodu podnijeti novu ponudu.

Nastavno osiguranje iz stavka 1. ove točke sklapa se temeljem:

- pisane ponude, koja mora biti podnijeta najkasnije 40 dana prije željenog dana novog osiguranja
- usmene ponude/e-ponude, koja mora biti podnijeta najkasnije 30 dana prije željenog dana novog osiguranja.

XVI. NAKNADA TROŠKOVA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Ugovaratelj s kojim je raskinut ugovor ili koji je otkazao ugovor obavezan je Zavodu platiti razliku između troškova zdravstvene zaštite i iznosa pripadajuće premije ako su troškovi zdravstvene zaštite viši od iznosa premije pripadajuće razdoblju osiguranja do dana raskida, odnosno otkaza ugovora, osim u slučaju kada je osigurateljno razdoblje trajalo godinu dana.

XVII. KORIŠTENJE OSOBNIM PODACIMA

Ugovaratelj i osiguranik ovlašćuju Zavod prikupljati, provjeravati, obrađivati, čuvati, prenijeti i koristiti osobne podatke potrebne za sklapanje ugovora.

Zavod se obvezuje podatke iz stavka 1. ove točke čuvati kao poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.

XVIII. PROMJENA OPĆIH UVJETA

Zavod ima pravo za vrijeme trajanja osiguranja promijeniti ove Opće uvjete.

Ako se novi opći uvjeti imaju primijeniti na već sklopljene ugovore, Zavod mora pisanim putem ili na drugi odgovarajući način obavijestiti o tome ugovaratelja najmanje 30 dana prije početka primjene novih općih uvjeta.

Ugovaratelj može do dana početka primjene novih općih uvjeta izvijestiti Zavod da otkazuje ugovor, u kojem slučaju ugovor prestaje danom početka primjene novih općih uvjeta.

U suprotnom, na sklopljeni ugovor primjenjuju se novi opći uvjeti.

XIX. PRIJELAZNA I ZAVRŠNA ODREDBA

Ugovorne strane rješavat će sva sporna pitanja sporazumno, a ako to nije moguće, nadležan je stvarno nadležni sud prema sjedištu ugovaratelja.

Za odnose između ugovornih strana, koji nisu uređeni ovim Općim uvjetima, primjenjivat će se odredbe zakona kojim se uređuju obvezni odnosi.

Ovi Opći uvjeti objavljuju se u »Narodnim novinama«, a stupaju na snagu 1. siječnja 2024. godine.

Ovi Opći uvjeti primjenjuju se i na ugovore o dopunskom zdravstvenom osiguranju sklopljene prije njihovog stupanja na snagu.

Stupanjem na snagu ovih Općih uvjeta prestaju važiti Opći uvjeti ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 91/13., 119/13., 18/14., 119/14., 135/14., 144/14., 17/15., 139/15., 63/16., 99/17., 40/19.)

Klasa: 025-04/23-01/322

Urbroj: 338-01-01-23-01

Zagreb, 18. prosinca 2023.

Predsjednik

Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda
za zdravstveno osiguranje

prof. dr. sc. Drago Prgomet, dr. med. spec., v. r.

2250

Na osnovi članka 27. stavka 1. točke 4. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 18/09., 33/10., 8/11., 18/13., 1/14., 83/15. i 108/21.) i članka 14. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine«, broj 91/13., 136/13., 21/14., 135/14., 144/14., 42/18., 26/23. i 55/23.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 88. sjednici održanoj 18. prosinca 2023. godine donijelo je

ODLUKU

O IZMJENAMA ODLUKE O CIJENI POLICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 1.

U Odluci o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine«, broj 118/13., 11/14., 120/15., 74/16. i 147/22., u daljnjem tekstu: Odluka) u članku 2. riječi: »(»Narodne novine«, broj 85/06., 150/08. i 71/10.)« zamjenjuju se riječima: »(»Narodne novine«, broj 85/06., 150/08., 71/10., 53/20., 120/21. i 23/23.)«, a riječi: »(»Narodne novine« 80/13. – u daljnjem tekstu: Zakon)« zamjenjuju se riječima: »(»Narodne novine, broj 80/13., 137/13., 98/19. i 33/23., u daljnjem tekstu: Zakon)«.

Članak 2.

U članku 3. stavci 1. i 3. mijenjaju se i glase:

»(1) Policom Zavod osigurava pokriće sudjelovanja u troškovi-ma zdravstvene zaštite utvrđene člankom 19. stavkom 3. Zakona u visini od 20 % pune cijene zdravstvene zaštite, odnosno najmanje u iznosu postotka proračunske osnovice za izvršenu zdravstvenu zaštitu kako slijedi:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 1 % proračunske osnovice,
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 2 % proračunske osnovice,

3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda – 2 % proračunske osnovice,

4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 1 % proračunske osnovice po danu,

5. liječenje u drugim državama članicama Europske unije, ugovornim državama i trećim državama u skladu s propisima Europske unije, međunarodnim ugovorom, Zakonom i općim aktom Zavoda,