

**PRAVILNIK O UVJETIMA I NAČINU
PROVOĐENJA DOPUNSKOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 2/09.), te njegovu izmjenu i dopunu objavljenu u "Narodnim novinama" broj 123/09. u kojoj je naznačeno vrijeme njegova stupanja na snagu

Članak 1.

Ovim Pravilnikom propisuju se uvjeti i način provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 2.

(1) Dopunsko osiguranje je dobrovoljno.

(2) Dopunsko zdravstveno osiguranje iz stavka 1. ovoga članka provodi društvo za osiguranje koje je dobilo dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja sukladno Zakonu o osiguranju (u daljnjem tekstu: osiguravatelj) i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

(3) Osiguravatelj iz stavka 2. ovoga članka ne smije započeti obavljati poslove dopunskoga zdravstvenoga osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo.

Članak 3.

(1) Na dopunsko zdravstveno osiguranje mogu se osigurati samo osobe koje imaju utvrđen status osigurane osobe Zavoda sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

(2) Sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju osigurana osoba Zavoda stječe status osiguranika (u daljnjem tekstu: osiguranik).

Članak 4.

Sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju sa osiguravateljem, odnosno Zavodom osiguranik osigurava da pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju umjesto njega osigurava osiguravatelj, odnosno Zavod.

Članak 5.

(1) U okviru dopunskoga zdravstvenog osiguranja osiguravatelj, odnosno Zavod smiju sa osiguranikom sklopiti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju samo za osiguranje rizika utvrđenih u članku 4. ovoga Pravilnika.

(2) Ugovorima o dopunskom zdravstvenom osiguranju osiguravatelj, odnosno Zavod ne smiju ugovarati osiguranje višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja kao ni veći opseg prava u odnosu na prava utvrđena u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja, sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 6.

(1) Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osiguranicima se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite utvrđene člankom 16. stavkom 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotka proračunske osnovice utvrđenih točkom 1. do 9. ovoga stavka za:

1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,
2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
3. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda – 1,50% proračunske osnovice,
4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulatnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 0,75% proračunske osnovice po danu,
5. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
7. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07 proračunske osnovice,
8. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih od 65 godina – 15,03 proračunske osnovice.

(2) Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osiguranicima se osigurava sudjelovanje u pokriću troškova zdravstvene zaštite utvrđene člankom 16. stavkom 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u visini od 0,45% od proračunske osnovice za:

1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i stomatologije,
2. izdavanje lijeka po receptu.

(3) Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 1. i 2. ovoga članka koji se osigurava dopunskim zdravstvenim osiguranjem ne može biti veći od 90,20% proračunske osnovice po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu.

Članak 7.

Pored pokrića troškova zdravstvene zaštite iz članka 6. ovoga Pravilnika dopunskim zdravstvenim osiguranjem osiguravatelj, odnosno Zavod osiguranicima osigurava pokriće iznosa sudjelovanja u cijeni lijeka utvrđenog dopunskom listom lijekova Zavoda iz članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 8.

(1) Osiguranik sa osiguravateljem, odnosno Zavodom sklapa ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju na temelju prethodne ponude.

(2) Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju mora sadržavati najmanje:

1. vrste i opseg dopunskoga zdravstvenog osiguranja,
2. ime i prezime osiguranika, koji je sklopio ili za koga je, na temelju njegove suglasnosti, sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju,
3. naziv pravne ili fizičke osobe, tijela državne vlasti ili drugog tijela koje je za osiguranika na temelju njegove suglasnosti, sklopilo ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju,
4. uvjete provođenja dopunskoga zdravstvenoga osiguranja,
5. visinu i način plaćanja premije,
6. trajanje dopunskoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 9.

(1) Osiguravatelj, odnosno Zavod obvezni su dopunsko zdravstveno osiguranje osigurati kao dugoročno osiguranje, u trajanju od najmanje godine dana.

(2) Osiguravatelj, odnosno Zavod obvezni su sklopiti ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi kod njih osigurati za prava iz dopunskoga zdravstvenog osiguranju po pojedinom programu osiguravatelja, odnosno Zavoda.

(3) Osiguravatelj, odnosno Zavod obvezni su za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja, odnosno Zavoda.

Članak 10.

Na temelju sklopljenog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju osiguravatelj, odnosno Zavod izdaje osiguraniku iskaznicu dopunskoga zdravstvenog osiguranja, kojom se dokazuje status osiguranika dopunskoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 11.

(1) Iskaznica iz članka 10. ovoga Pravilnika izrađena je od tvrde plastike dimenzija 85,6x53,98 mm s otisnutim podacima, magnetskom trakom i trakom za potpis.

(2) Iskaznica sadrži najmanje sljedeća obilježja, odnosno podatke:

1. NA PREDNJOJ STRANI:

a) otisnuti logotip osiguravatelja, odnosno Zavoda,

b) otisnute podatke:

– vrsta dopunskoga zdravstvenog osiguranja,

– broj iskaznice,

– ime i prezime osiguranika,

– matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,

– rok valjanosti iskaznice.

2. NA POLEĐINI:

a) magnetska traka s upisanim sljedećim podacima:

– broj iskaznice,

– ime i prezime osiguranika,

– matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,

– rok valjanosti iskaznice,

b) traka za potpis osiguranika,

c) kratka uputa o korištenju i odgovornosti u vezi s uporabom iskaznice.

(3) Pored obilježja i podataka iz stavka 2. ovoga članka osiguravatelj, odnosno Zavod može na iskaznicu dodati i podatke, odnosno obilježja utvrđena svojim općim aktom.

(4) Način dostave matičnog broja osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju ugovaratelju dopunskoga zdravstvenog osiguranja od strane Zavoda utvrdit će se općim aktom Zavoda.

Članak 12.

Do dana izdavanja iskaznice dopunskoga zdravstvenog osiguranja sukladno ovome Pravilniku osiguranik dopunskoga zdravstvenog osiguranja svoj status dokazuje policom.

Članak 13.

Osiguranici dopunskoga zdravstvenog osiguranja radi ostvarivanja prava na pokriće troškova zdravstvene zaštite iz članka 6. i 7. ovoga Pravilnika na teret sredstava dopunskoga zdravstvenog osiguranja obvezni su prilikom korištenja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja uz iskaznicu zdravstveno osigurane osobe Zavoda predočiti i iskaznicu dopunskoga zdravstvenog osiguranja osiguravatelja ili Zavoda, odnosno policu dopunskoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 14.

Zdravstvene ustanove, privatni zdravstveni radnici te isporučitelji ortopedskih i drugih pomagala koji su sa Zavodom sklopili ugovor o provođenju zdravstvene zaštite, odnosno o isporuci ortopedskih i drugih pomagala obvezni su za osiguranika osiguravatelju, odnosno Zavodu ispostaviti račun za pokriće troškova pružene zdravstvene zaštite, odnosno isporučenih ortopedskih i drugih pomagala iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 15.

Ugovori o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji su sa Zavodom sklopljeni na temelju Pravilnika o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 112/06 i 131/06) važe do isteka roka na koji su sklopljeni.