

Na osnovi članka 14. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (klasa: 025-04/08-01/349, urbroj: 338-01-01-08-1 od 30. prosinca 2008. godine) i članka 20. stavka 1. podstavka 3. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ("Narodne novine" broj 16/02., 24/02. i 58/03.), Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 63. sjednici održanoj 30. prosinca 2008. godine donijelo je

ODLUKU O VRSTI I CIJENI POLICE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 1.

Ovom Odlukom utvrđuje se vrsta i cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: polica) s obzirom na opseg pokrivenosti iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, prihodovnog cenzusa osiguranika i statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Iznimno od odredaba stavka 1. ovog članka Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) ovlašćuje direktora Zavoda da može, u postupcima javne nabave u kojima je predmet nabave provođenje usluge dopunskog zdravstvenog osiguranja, ponuditi i nižu cijenu police od cijene utvrđene člankom 4. ove Odluke ovisno o veličini poslovnog subjekta, broju zaposlenih, rizicima grane djelatnosti koju poslovni subjekt obavlja i slično, osim u slučaju kada je ukupna vrijednost predmeta nabave veća od vrijednosti pravnog posla utvrđenog člankom 34. stavkom 3. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Članak 2.

Zavod u okviru dopunskog zdravstvenog osiguranja u skladu s člankom 10. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 85/06. i 150/08.) osiguranicima osigurava pokrivenost sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavka 3. i 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 150/08. – u daljnjem tekstu: Zakon) osnovom police koja nosi oznaku PC03.

Članak 3.

Policom PC03 Zavod osigurava pokrivenost sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite utvrđene člankom 16. 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. laboratorijsku, radiološku i drugu dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite - 0,45% proračunske osnovice,
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 0,75% proračunske osnovice,

3. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 1,50% proračunske osnovice,
4. ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda - 1,50% proračunske osnovice,
5. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalna medicina i rehabilitacija u kući – 0,75%proračunske osnovice po danu,
6. liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda,
7. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 3,01% proračunske osnovice po danu,
8. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 do 65 godina starosti – 30,07% proračunske osnovice,
9. stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba starijih od 65 godina – 15,03 % proračunske osnovice.

Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka koji se osiguranicima osigurava dopunskim zdravstvenim osiguranjem po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja iznosi 90,20% proračunske osnovice.

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

Policom iz stavka 1. ovog članka Zavod osiguranicima osigurava i sudjelovanje u pokriću troškova zdravstvene zaštite utvrđene člankom 16. stavkom 4. Zakona u visini od 0,45% od proračunske osnovice, odnosno za:

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

Članak 4.

Cijena police PC03 iz članka 2. ove Odluke iznosi:

1. 50,00 kuna mjesečno za osiguranika umirovljenika sa mirovinom nižom od 5.108,00 kuna
2. 80,00 kuna mjesečno za osiguranika umirovljenika sa mirovinom višom od 5.108,00 kuna
3. 80,00 kuna mjesečno za osiguranika sa plaćom ili dohotkom nižim od 5.108,00 kuna
4. 130,00 kuna mjesečno za osiguranika sa plaćom ili dohotkom višim od 5.108,00 kuna

Cijena police za osiguranika obvezno zdravstveno osiguranog u statusu člana obitelji osiguranika iz stavka 1. ovog članka, te za sve druge osiguranike iznosi 80,00 kuna mjesečno.

Članak 5.

Danom stupanja na snagu ove Odluke prestaje važiti Odluka o vrsti i cijeni police dopunskog zdravstvenog (»Narodne novine« broj 120/06., 96/07., 130/07. i klasa: 025-04/08-01/306, urbroj: 338-01-01-08-1 od 18. prosinca 2008. godine).

Članak 6.

Ova Odluka stupa na snagu danom objave u "Narodnim novinama".

Klasa: 025-04/08-01/353
Ur.broj: 330-01-01-08-1
Zagreb, 30. prosinca 2008.

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