**MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI**

**2473**

Na temelju članka 25. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine« br. 85/06) ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi

**PRAVILNIK**

**O UVJETIMA I NAČINU PROVOĐENJA DODATNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Članak 1.

Ovim Pravilnikom propisuju se uvjeti i način provođenja dodatnoga zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: dodatno osiguranje).

Članak 2.

Dodatno osiguranje je dobrovoljno.

Članak 3.

Na prava iz dodatnoga osiguranja mogu se osigurati samo osobe koje imaju utvrđen status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.  
Sklapanjem ugovora o dodatnom osiguranju osigurana osoba Zavoda stječe status osiguranika (u daljnjem tekstu: osiguranik).

Članak 4.

Osiguranik sklapanjem ugovora o dodatnom osiguranju s društvom 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) osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.  
Osiguravatelj iz stavka 1. ovoga članka ne smije započeti obav­ljati poslove dodatnoga osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo.

Članak 5.

Dodatno osiguranje za viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja obuhvaća:  
1. zdravstvene usluge iznad standarda zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u pojedinim djelatnostima na razini primarne, specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite;  
2. korištenje većeg broja zdravstvenih usluga u odnosu na broj zdravstvenih usluga utvrđenih opsegom prava na zdravstvenu zaštitu te utvrđenim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja;  
3. mogućnost biranja doktora medicine, doktora stomatologije, odnosno doktora medicine specijalista u zdravstvenim ustanovama na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti sukladno sklopljenom ugovoru između osiguravatelja i zdravstvene ustanove;  
4. boravak člana obitelji ili skrbnika s osiguranikom u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi;  
5. korištenje pomagala i nadomjestaka izvan standarda obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 6.

Dodatno osiguranje za veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja obuhvaća:  
1. pokriće troškova zdravstvenih usluga koje se ne osiguravaju na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja;  
2. isplatu novčanih naknada iznad iznosa utvrđenih u okviru prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i to:  
– naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite;  
– novčane naknade zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohoci, sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja;  
– naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja;  
– novčane naknade za vrijeme privremene spriječenosti za rad nakon isteka roka utvrđenog člankom 41. stavkom 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 7.

Ugovor o dodatnom osiguranju mora sadržavati najmanje:  
1. vrste i opseg dodatnoga osiguranja;  
2. ime i prezime osiguranika, koji je sklopio ili za koga je, na temelju njegove suglasnosti, sklopljen ugovor o dodatnom osiguranju i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dodatnom osiguranju;  
3. naziv pravne ili fizičke osobe, tijela državne vlasti ili drugog tijela koje je za osiguranika na temelju njegove suglasnosti, sklopilo ugovor o dodatnom osiguranju;  
4. uvjete provođenja dodatnoga osiguranja;  
5. visinu i način plaćanja premije;  
6. trajanje dodatnoga osiguranja;  
7. popis zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koje obav­ljaju zdravstvenu djelatnost, odnosno privatnih zdravstvenih radnika kod kojih osiguranik može koristiti prava iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja iz članka 5. točke 1.– 4. i članka 6. točke 1. ovoga Pravilnika.

Članak 8.

Zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici sa sklopljenim ugovorom o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom mogu sklopiti ugovor o dodatnom osiguranju iz članka 5. točke 1. – 4. i članka 6. točke 1. ovoga Pravilnika samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom.

Članak 9.

Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje dodatnoga osiguranja iz članka 8. ovoga Pravilnika zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici obvezni su ishoditi suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.  
Po ishođenoj suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo iz stavka 1. ovoga članka, zdravstvena ustanova, odnosno trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost može sklopiti ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju na temelju prethodne odluke upravnog vijeća zdravstvene ustanove, odnosno nadležnog tijela trgovačkog društva.

Članak 10.

Osiguravatelj je obvezan dodatno osiguranje osigurati kao dugoročno osiguranje, u trajanju od najmanje godine dana.  
Osiguravatelj je obvezan sklopiti ugovor o dodatnom osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi osigurati za prava iz dodatnoga osiguranja po programima osiguravatelja.  
Osiguravatelj je obvezan za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dodatnoga osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.

Članak 11.

Na temelju sklopljenog ugovora o dodatnom osiguranju osiguravatelj izdaje osiguraniku iskaznicu dodatnoga osiguranja, kojom se dokazuje status osiguranika dodatnoga osiguranja.

Članak 12.

Iskaznica iz članka 11. ovoga Pravilnika, dimenzija 85x55 mm, izrađuje se prema obrascu, koji je otiskan uz ovaj Pravilnik i njegov je sastavni dio.  
Prednja strana iskaznice sadrži:  
– na gornjoj lijevoj strani naziv i adresu osiguravatelja,  
– desno od naziva i adrese osiguravatelja, ispisano je ISKAZNICA DODATNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA, a ispod toga ime i prezime, adresa, dan, mjesec i godina rođenja i mjesto rođenja te broj osobne iskaznice osiguranika, naznaku vrste, opsega i šifre dodatnoga zdravstvenog osiguranja, broj police s naznakom trajanja (od – do) te mjesto i datum izdavanja iskaznice.

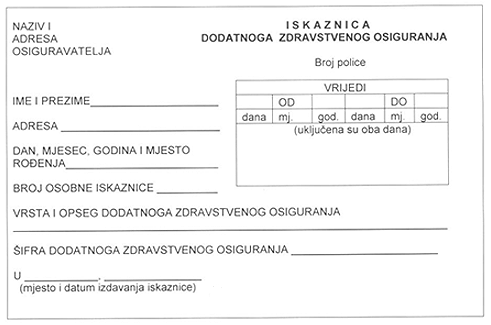
Članak 13.

Prilikom korištenja zdravstvene zaštite iz članka 5. točke 1.– 4. i članka 6. točke 1. ovoga Pravilnika osiguranici moraju uz iskaznicu zdravstveno osigurane osobe Zavoda priložiti i iskaznicu dodatnoga osiguranja.

Članak 14.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.  
  
Klasa: 011-02/06-04/24  
Urbroj: 534-07-06-1  
Zagreb, 13. listopada 2006.

Ministar  
**doc. dr. sc. Neven Ljubičić**, v. r.



Na temelju članka 25. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, br. 85/06) ministar zdravstva i socijalne skrbi donosi

## PRAVILNIK

### O IZMJENAMA I DOPUNI PRAVILNIKA O UVJETIMA I NAČINU PROVOĐENJA DODATNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 1.

U Pravilniku o uvjetima i načinu provođenja dodatnoga zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine«, br. 112/06) članak 12. mijenja se i glasi:  
»Članak 12.  
Iskaznica iz članka 11. ovoga Pravilnika izrađena je od tvrde plastike dimenzija 85,6x53,98 mm s otisnutim podacima, magnetskom trakom i trakom za potpis.  
Iskaznica sadrži najmanje sljedeća obilježja, odnosno podatke:  
1. NA PREDNJOJ STRANI:  
a) otisnuti logotip osiguravatelja, odnosno Zavoda,  
b) otisnute podatke:  
– vrsta dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja,  
– broj iskaznice,  
– ime i prezime osiguranika,  
– matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,  
– rok valjanosti iskaznice (početak i završetak važenja police).  
2. NA POLEĐINI ISKAZNICE:  
a) magnetska traka s upisanim sljedećim podacima:  
– broj iskaznice,  
– ime i prezime osiguranika,  
– matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju,  
– rok valjanosti iskaznice (početak i završetak važenja police),  
b) traka za potpis osiguranika,  
c) kratka uputa o korištenju i odgovornosti u vezi s uporabom iskaznice.  
Pored obilježja i podataka iz stavka 2. ovoga članka osiguravatelj, odnosno Zavod može na iskaznicu dodati i podatke, odnosno obilježja utvrđena svojim općim aktom.«

Članak 2.

Iza članka 13. dodaje se članak 13.a koji glasi:

*»Članak 13.a*

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

Članak 3.

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

Članak 4.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.  
  
Klasa: 011-02/06-04/29  
Urbroj: 534-07-06-1  
Zagreb, 20. studenoga 2006.

Ministar  
**doc. dr. sc. Neven Ljubičić**, v. r.