

ZAKON

O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim se Zakonom uređuju vrste, uvjeti i način provođenja dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 2.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje jest: dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje.

Članak 3.

Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje ugovaraju se kao dugoročna osiguranja, a najmanje u trajanju od godine dana.

Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje su neživotna osiguranja sukladno Zakonu o osiguranju.

Članak 4.

Prava i obveze koje pripadaju osiguraniku dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja iz članka 2. ovoga Zakona ne mogu se prenositi na druge osobe niti nasljeđivati.

Iznimno od odredbe stavka 1. ovoga članka, nasljeđivati se mogu prava na novčana primanja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena zbog smrti osiguranika.

Članak 5.

Dopunsko zdravstveno osiguranje jest osiguranje kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (doplata) iz članka 15. i 16. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 6.

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se 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.

Članak 7.

Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

Članak 8.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje 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).

Članak 9.

Osiguravatelj ne smije započeti obavljati poslove dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo.

Postupak i način davanja suglasnosti iz stavka 1. ovoga članka propisat će pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.

Članak 10.

Iznimno od odredbi članka 8. i 9. ovoga Zakona, dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (doplata) iz članka 15. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju provodi i Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

Zavod vodi sredstva dopunskoga zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja.

II. DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 11.

Dopunsko zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguravatelja, odnosno Zavoda.

Članak 12.

Ugovarateljem dopunskoga zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovoga Zakona, smatra se osiguranik, odnosno pravna ili fizička osoba, tijelo državne vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika sklopilo ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i koje se obvezalo na uplatu premije osiguranja.

Članak 13.

Osiguranikom dopunskoga zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovoga Zakona, smatra se fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju.

Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Osiguranik iz stavka 2. ovoga članka gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju gubi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Članak 14.

Osiguravatelj, odnosno Zavod određuje premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Osiguravatelj dopunskoga zdravstvenog osiguranja, odnosno Zavod obvezni su:

- sklopiti ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi osigurati za prava iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja po programima osiguratelja,
- za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguratelja.

Članak 15.

Pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (doplata) sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju ugovorni subjekt Zavoda naplaćuje od osiguravatelja, odnosno Zavoda.

Članak 16.

Poblize uvjete i način provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.

Pravila provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod, sukladno pravilniku iz stavka 1. ovoga članka, utvrdit će Upravno vijeće Zavoda.

III. DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 17.

Dodatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguravatelja.

Članak 18.

Ugovarateljem dodatnoga zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovoga Zakona, smatra se osiguranik, odnosno pravna ili fizička osoba, tijelo državne vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika sklopilo ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju i koje se obvezalo na uplatu premije osiguranja.

Članak 19.

Osiguranikom dodatnoga zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovoga Zakona, smatra se fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju.

Osiguranik iz stavka 1. ovoga članka može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 20.

Osiguravatelj određuje premiju za dodatno zdravstveno osiguranje s obzirom na opseg pokrića iz ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju te rizik kojem je osiguranik izložen, uzimajući u obzir dob, spol, bonus i malus, tablice smrtnosti i tablice bolesti te trajanje sklopljenog ugovora o osiguranju.

Osiguravatelj dodatnoga zdravstvenog osiguranja obvezan je:

- sklopiti ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi osigurati za prava iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja po programima osiguravatelja,
- za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.

Članak 21.

Ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju iz članka 17. ovoga Zakona određuju se zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici kod kojih osiguranik može koristiti prava iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 22.

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 zdravstvenom osiguranju iz članka 17. ovoga Zakona samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i za osiguranje većeg opsega prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja kao i za osiguranje višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom.

Članak 23.

Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje dodatnoga zdravstvenog osiguranja zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici iz članka 22. ovoga Zakona obvezni su ishoditi suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Po ishodojenoj 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, odnosno nadležnog tijela trgovačkog društva.

Postupak i način provođenja dodatnoga zdravstvenog osiguranja uređuje se općim aktom koji donosi upravno vijeće zdravstvene ustanove, odnosno nadležno tijelo trgovačkog društva.

Članak 24.

Osiguravatelj je obvezan podatke o sklopljenim ugovorima sa zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnim zdravstvenim radnicima kod kojih osiguranik može koristiti prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo.

Sadržaj podataka i rokove za dostavljanje podataka iz stavka 1. ovoga članka propisat će pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.

Članak 25.

Pobliže uvjete i način provođenja dodatnoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.

IV. PRIVATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 26.

Privatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o privatnom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguratelja.

Članak 27.

Ugovarateljem privatnoga zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovoga Zakona, smatra se osiguranik, odnosno fizička ili pravna osoba koja je za osiguranika sklopila ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju i koja se obvezala na uplatu premije osiguranja.

Članak 28.

Osiguranikom privatnoga zdravstvenog osiguranja, prema odredbama ovoga Zakona, smatra se fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju.

Članak 29.

Osiguravatelj određuje premiju za privatno zdravstveno osiguranje s obzirom na opseg pokrića iz ugovora o privatnom zdravstvenom osiguranju te rizik kojem je osiguranik izložen, uzimajući u obzir dob, spol, bonus i malus, tablice smrtnosti i tablice bolesti te trajanje sklopljenog ugovora o osiguranju.

Osiguravatelj privatnoga zdravstvenog osiguranja obavezan je za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz privatnoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.

Članak 30.

Ugovorom o privatnom zdravstvenom osiguranju iz članka 26. ovoga Zakona određuju se zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici kod kojih osiguranik može koristiti prava iz privatnoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 31.

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 privatnom zdravstvenom osiguranju iz članka 26. ovoga Zakona samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i izvan ugovorenoga radnog vremena sa Zavodom.

Članak 32.

Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje privatnoga zdravstvenog osiguranja zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici iz članka 31. ovoga Zakona 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 privatnom zdravstvenom osiguranju na temelju prethodne odluke upravnog vijeća, odnosno nadležnog tijela trgovačkog društva.

Postupak i način provođenja privatnoga zdravstvenog osiguranja uređuje se općim aktom koji donosi upravno vijeće zdravstvene ustanove, odnosno nadležno tijelo trgovačkog društva.

Članak 33.

Osiguravatelj je obvezan podatke o sklopljenim ugovorima sa zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnim zdravstvenim radnicima kod kojih osiguranik može koristiti prava iz privatnoga zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo.

Sadržaj podataka i rokove za dostavljanje podataka iz stavka 1. ovoga članka propisat će pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.

Članak 34.

Poblize uvjete i način provođenja privatnoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.

V. KAZNE NE ODREDBE

Članak 35.

Novčanom kaznom u iznosu od 70.000,00 do 100.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj pravna osoba:

1. koja provodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje protivno članku 8. ovoga Zakona,
2. započne obavljati poslove dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo (članak 9.),
3. koja provodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje protivno članku 10. ovoga Zakona,
4. ako ne ispuni obvezu iz članka 14. stavka 2., članka 20. stavka 2. i članka 29. stavka 2. ovoga Zakona,
5. ako bez suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo koristi kapacitete protivno odredbama članka 23. stavka 1. i članka 32. stavka 1. ovoga Zakona,
6. ako ne dostavi propisane podatke, odnosno ako ih ne dostavi u propisanom roku (članak 24. i 33.).

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se i odgovorna osoba u pravnoj osobi novčanom kaznom od 7.000,00 do 10.000,00 kuna.

Za prekršaj iz stavka 1. točke 1. ovoga članka kaznit će se i fizička osoba novčanom kaznom od 7.000,00 do 10.000,00 kuna.

VI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 36.

Ministar nadležan za zdravstvo pravilnike za čije je donošenje ovlašten ovim Zakonom donijet će u roku od 6 mjeseci od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

Članak 37.

Pravila provođenja dopunskoga zdravstvenoga osiguranja Zavod će donijeti u roku od 3 mjeseca od dana stupanja na snagu pravilnika iz članka 16. stavka 1. ovoga Zakona.

Članak 38.

Do dana stupanja na snagu propisa iz članka 36. i 37. ovoga Zakona primjenjivat će se:

1. Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 28/02.),
2. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 47/02., 76/02., 2/03., 11/03., 106/04. i 51/05.),
3. Odluka o sadržaju, obliku, izgledu i načinu korištenja iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 47/02., 11/03. i 161/04.),
4. Odluka o vrsti i cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 47/02.),
5. Odluka o načinu osiguravanja i raspolaganja sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", br. 198/03. i 142/04.).

Članak 39.

Ugovori o dopunskom zdravstvenom osiguranju koje su društva za osiguranje sklopila na temelju članka 78. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", br. 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 30/04., 177/04. i 90/05.) važe do isteka roka na koji su sklopljeni.

Ugovori o dopunskom zdravstvenom osiguranju koje je Zavod sklopio na temelju članka 78. Zakona o zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", broj 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 30/04., 177/04. i 90/05.) važe do isteka roka na koji su sklopljeni.

Članak 40.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u "Narodnim novinama".

Klasa: 500-01/06-01/01
Zagreb, 13. srpnja 2006.

HRVATSKI SABOR

PREDSJEDNIK
HRVATSKOGA SABORA

Vladimir Šeks, v.r.