

PRAVILNIK O POSTUPKU, UVJETIMA I NAČINU UTVRĐIVANJA PRAVA NA PLAĆANJE PREMIJE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA IZ DRŽAVNOG PRORAČUNA

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Pravilnik o postupku, uvjetima i načinu utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 156/08.), te njegove izmjene i dopune objavljene u "Narodnim novinama" broj 88/10., 31/16., 116/17., 106/18. i 65/20. u kojima je naznačeno vrijeme njihovog stupanja na snagu

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim Pravilnikom u skladu s odredbama članka 14.a do 14.f Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon) propisuje se postupak, uvjeti i način utvrđivanja prava osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod), na plaćanje premije za dopunsko zdravstveno osiguranje koje provodi Zavod iz državnog proračuna.

Članak 2.

Status osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: osiguranik) može steći samo osoba obvezno zdravstveno osigurana u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: osigurana osoba) koja je u skladu sa Zakonom, Pravilima uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 91/13., 136/13., 21/14., 135/14., 144/14. i 42/18. – u daljnjem tekstu: Pravila), Općim uvjetima 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. i 40/19.) i drugim općim aktima Zavoda, sklopila sa Zavodom ugovor/policu o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Članak 3.

Osiguraniku iz članka 2. ovog Pravilnika dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja na način i pod uvjetima propisanim Zakonom, drugim propisima, ovim Pravilnikom te drugim općim aktima Zavoda.

Članak 4.

Osiguranik koji ispunjava uvjete propisane ovim Pravilnikom za ostvarivanje prava na plaćanje premije za dopunsko zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: premija) iz državnog proračuna, prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja ostvaruje osnovom potpisane ponude Zavodu za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, temeljem koje se sklapa ugovor/polica o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Iznimno, Zavod može po službenoj dužnosti utvrđivati postojanje uvjeta za ostvarivanje prava na plaćanje premije iz državnog proračuna na osnovi svojih evidencija, odnosno razmjene podataka s nadležnim državnim institucijama. Ukoliko su isti Zavodu nedostupni, dokaz o ispunjenju uvjeta za ostvarivanje prava na plaćanje premije iz državnog proračuna dužan je predložiti osiguranik.

Osiguranik redoviti učenik i student stariji od 18 godina, pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna ostvaruje dok mu traje status redovitog učenika, odnosno studenta.

Redoviti učenik, odnosno student za kojeg je Zavod do početka tekuće školske/akademske godine na osnovi svojih evidencija, odnosno razmjenom podataka s nadležnim državnim institucijama utvrdio pravo

na plaćanje premije iz državnog proračuna, navedeno pravo ostvaruje bez podnošenja potpisane ponude i potvrde o statusu redovitog učenika odnosno studenta.

Redoviti učenik, odnosno student za kojeg Zavod osnovom svojih evidencija, odnosno razmjene podataka s nadležnim državnim institucijama nije utvrdio pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna, navedeno pravo ostvaruje s danom podnošenja potpisane ponude i potvrde o statusu redovitog učenika odnosno studenta.

Iznimno od odredbe stavka 5. ovog članka, ako zbog pogreške pri razmjeni podataka s nadležnim državnim institucijama, zakašnjenja, tehničkih propusta i sl. Zavod nije utvrdio pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna, redoviti učenik odnosno student navedeno pravo ostvaruje s danom početka školske/akademske godine u kojoj je podnio potpisanu ponudu i potvrdu o statusu redovitog učenika odnosno studenta.

Status osiguranika iz stavka 1. ovog članka dokazuje se policom/iskaznicom dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 4.a

Osiguranicima dopunskog zdravstvenog osiguranja kojima u razdoblju od 1. siječnja do 31. ožujka tekuće godine počinje vrijediti policica dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret sredstava državnog proračuna, Zavod će naknadno nakon dobivenih podataka od nadležnih institucija po službenoj dužnosti u postupku revizije utvrđivati ispunjavaju li sve propisane uvjete za ostvarivanje prava na plaćanje premije iz državnog proračuna.

Nakon provedenog postupka revizije, a po dobivenim podacima Porezne uprave o visini prihoda u prethodnoj kalendarskoj godini, Zavod će sve police iz stavka 1. ovoga članka prekinuti najkasnije s danom 30. travnja tekuće godine.

Osiguranci za koje je Zavod u postupku revizije utvrdio da i nadalje ispunjavaju sve propisane uvjete za ostvarivanje prava na plaćanje premije iz državnog proračuna u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda, to pravo ponovno stječu automatizmom idućeg dana od dana prekida police.

Osiguranci dopunskog zdravstvenog osiguranja za koje je Zavod u postupku revizije utvrdio da više ne ispunjavaju sve propisane uvjete za ostvarivanje prava na plaćanje premije iz državnog proračuna u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda, mogu se dopunski zdravstveno osigurati, a ako podnesu ponudu Zavodu za sklapanje novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju najkasnije u roku 30 dana od dana gubitka tog prava, Zavod će im izdati novu policu koja počinje teći danom s sklapanja ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Iznimno od odredbe stavka 4. ovoga članka, na zahtjev osiguranika koji je izgubio pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna, Zavod može izdati policu koja počinje teći od dana gubitka tog prava.

II. OSIGURANICI KOJI IMAJU PRAVO NA PLAĆANJE PREMIJE NA TERET DRŽAVNOG PRORAČUNA

Članak 5.

Pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna ostvaruju:

1. osigurane osobe s invaliditetom koje imaju 100% oštećenja organizma, odnosno tjelesnog oštećenja prema posebnim propisima, osobe kod kojih je utvrđeno više vrsta oštećenja te osobe s tjelesnim i mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih se ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi,

2. osigurane osobe darivatelji dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,
3. osigurane osobe dobrovoljni davatelji krvi s više od 35 davanja (muškarci), odnosno s više od 25 davanja (žene),
4. osigurane osobe redoviti učenici i studenti stariji od 18 godina,
5. osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos utvrđen člankom 14.b Zakona.

III. POSTUPAK, UVJETI I NAČIN UTVRĐIVANJA PRAVA NA PLAĆANJE PREMIJE IZ DRŽAVNOG PRORAČUNA

Članak 6.

Pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna utvrđuje se za:

1. osigurane osobe s invaliditetom iz članka 5. točke 1. ovog Pravilnika, koje imaju 100% oštećenja organizma, odnosno tjelesnog oštećenja prema posebnim propisima, na temelju službene evidencije Zavoda o osiguranim osobama Zavoda, odnosno na osnovi rješenja nadležnog tijela uprave kojim im je taj status priznat (Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, drugog nadležnog ministarstva, Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje),
2. osigurane osobe iz članka 5. točke 1. ovog Pravilnika kod kojih je utvrđeno više vrsta oštećenja te osobe s tjelesnim i mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih se ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi, na temelju službene evidencije Zavoda o osiguranim osobama Zavoda, na osnovi rješenja nadležnog centra za socijalnu skrb kojim je utvrđeno takvo oštećenje, odnosno psihička bolest,
3. osigurane osobe iz članka 5. točke 2. ovog Pravilnika na temelju potvrde zdravstvene ustanove o darovanom dijelu ljudskog tijela u svrhu liječenja,
4. osigurane osobe iz članka 5. točke 3. ovog Pravilnika na temelju potvrde Hrvatskog crvenog križa ili Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu o broju darivanja krvi,
5. osigurane osobe iz članka 5.a točke 4. ovog Pravilnika na osnovi potvrde nadležne obrazovne ustanove o redovnom školovanju, odnosno studiranju.

Osigurane osobe iz stavka 1. točke 1., ovog članka kojima je rješenjem nadležnog tijela status invalida utvrđen do određenog roka, a ne trajno, pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna mogu ostvariti samo do roka do kojeg im je priznat status invalida.

Članak 7.

Osigurane osobe iz članka 14.a točke 5. Zakona kojima ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini iskazan po članu obitelji zajedničkog kućanstva, mjesečno nije veći od prihodovnog cenzusa iz članka 14.b stavka 1. Zakona, odnosno za osiguranika – samca mjesečno nije veći od prihodovnog cenzusa iz članka 14.b stavka 2. Zakona, ostvaruju pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna na osnovi sljedećih dokaza:

1. o visini plaće ostvarene kod poslodavca za rad u tuzemstvu i inozemstvu – potvrdom ovjerenom od poslodavca
2. o visini mirovine ostvarene u Republici Hrvatskoj – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, odnosno isplatitelja mirovinskog primanja

3. o visini mirovine ostvarene u inozemstvu – potvrdom poslovne banke putem koje se mirovina isplaćuje, odnosno drugom ispravom kad se mirovina ne isplaćuje putem banke
4. o visini dohotka iz članka 14.d podstavka 3. do 10. Zakona – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije nadležne porezne uprave
5. o visini naknade zbog nezaposlenosti – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije Hrvatskog zavoda za zapošljavanje
6. o visini novčanih prava ostvarenih prema propisima o socijalnoj skrbi – potvrdom, odnosno podatkom iz evidencije nadležnog centra za socijalnu skrb
7. o visini drugih novčanih prava ostvarenih prema zakonu kojim se uređuje mirovinsko osiguranje, zakonu kojim se uređuje doplatak za djecu, zakonu kojim se uređuju prava hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji ili zakonu kojim se uređuje zaštita vojnih i civilnih invalida rata – potvrdom odnosno podatkom iz evidencije nadležnog tijela.

Visinu ostvarenih prihoda od naknada plaće, koja se isplaćuje na teret sredstava Zavoda odnosno koju Zavod isplaćuje na teret sredstava državnog proračuna, Zavod utvrđuje na osnovi svojih evidencija.

Pod zajedničkim kućanstvom iz stavka 1. ovoga članka smatra se zajednica života, privređivanja i trošenja ostvarenih prihoda obitelji.

Prihodovni cenzus iz stavka 1. ovoga članka u skladu s odredbom članka 14.b stavka 3. Zakona povećava se svake kalendarske godine prema stopi povećanja prihodovnog cenzusa koja se utvrđuje tako da se zbroji stopa promjene prosječnog indeksa potrošačkih cijena u prethodnoj godini u odnosu na godinu koja joj prethodi i stopa promjene prosječne bruto plaće svih zaposlenih u Republici Hrvatskoj u prethodnoj godini u odnosu na godinu koja joj prethodi, i to:

– ako je udio stope promjene prosječnog indeksa potrošačkih cijena u zbroju stopa manji ili jednak 50 %, stopa usklađivanja prihodovnog cenzusa određuje se tako da se zbroji 30 % stope promjene prosječnog indeksa potrošačkih cijena i 70 % stope promjene prosječne brutoplaće ili

– ako je udio stope promjene prosječnog indeksa potrošačkih cijena u zbroju stopa veći od 50 %, stopa usklađivanja prihodovnog cenzusa određuje se tako da se zbroji 70 % stope promjene prosječnog indeksa potrošačkih cijena i 30 % stope promjene prosječne brutoplaće.

Za izračun udjela stope promjene potrošačkih cijena u zbroju stopa iz stavka 4. ovoga članka uzimaju se apsolutni brojevi tih stopa.

Odluku o usklađivanju prihodovnog cenzusa donosi Upravno vijeće Zavoda na temelju podataka Državnog zavoda za statistiku, najkasnije do 30. studenoga tekuće godine za sljedeću godinu.

Članak 8.

Visinu ostvarenih prihoda iz članka 7. stavka 1. točke 2., 4., 5., 6. i 7. ovog Pravilnika Zavod utvrđuje, u pravilu, po službenoj dužnosti, a na osnovi podataka isplatioca tih novčanih prava, a u slučaju da Zavod ne može pribaviti rečene podatke, obvezna ih je pribaviti osigurana osoba.

Osigurana osoba obvezna je osobno pribaviti dokaze kojima dokazuje svoje bračno i rodbinsko stanje.

Članak 9.

Članovima obitelji u smislu članka 7. stavka 1. ovog Pravilnika, čiji se prihodi uračunavaju u ukupan prihod obitelji u skladu s člankom 14.b stavka 1. Zakona, smatraju se bračni i izvanbračni supružnik, te ostali članovi obitelji iz članka 10. stavka 1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, koji žive u

zajedničkom kućanstvu, neovisno o tome jesu li zdravstveno osigurani kao članovi obitelji, sposobni za samostalan život i rad i imaju li sredstva za uzdržavanje.

Status člana obitelji osiguranika osoba dokazuje iskaznicom zdravstveno osigurane osobe iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: zdravstvena iskaznica), ako je zdravstveno osigurana kao član obitelji u skladu s člankom 10. stavkom 1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Bračni ili izvanbračni supružnik, koji nije zdravstveno osiguran kao član obitelji status člana obitelji u smislu stavka 1. ovoga članka dokazuje izvatkom iz matične knjige vjenčanih ne starijim od šest mjeseci, odnosno pisanom izjavom danom pod materijalnom i kaznenom odgovornošću da žive u izvanbračnoj zajednici, da niti jedno od njih nije u braku s trećom osobom, te da prebivaju na istoj adresi najmanje godinu dana.

Članovi obitelji koji status člana obitelji osiguranika ne mogu dokazati zdravstvenom iskaznicom u smislu stavka 2. ovog članka potonji dokazuju pisanom izjavom o broju članova obitelji koji s njim žive na istoj adresi prebivališta, odnosno boravka, te rodnim listom ne starijim od šest mjeseci ili drugim odgovarajućim dokumentom na osnovi kojeg se može utvrditi srodstvo.

Zavod ima pravo zatražiti osiguranu osobu i druge dokaze koje smatra nužnim za utvrđivanje broja članova obitelji, te njihovih prihoda.

Članak 10.

Osiguranikom – samcem iz članka 14.b stavka 2. Zakona smatra se osigurana osoba Zavoda koja nema članova obitelji u smislu članka 9. stavka 1. ovog Pravilnika.

Osiguranik iz stavka 1. ovog članka činjenicu da nema članove obitelji u smislu članka 9. stavka 1. ovog Pravilnika dokazuje rodnim listom ne starijim od 6 mjeseci, sudskom odlukom o rastavi braka, smrtnim listom za bračnog supružnika, te drugim odgovarajućim dokumentom, kao i pisanom izjavom da nema drugih članova obitelji.

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 11.

Osigurana osoba Zavoda za koju je Zavod utvrdio da ispunjava sve propisane uvjete za ostvarivanje prava na plaćanje premije iz državnog proračuna u skladu sa Zakonom, ovim Pravilnikom i drugim općim aktima Zavoda, to pravo, iznimno od 1. do 31. siječnja 2009. godine, stječe danom sklapanja ugovora sa Zavodom o dopunskom zdravstvenom osiguranju bez primjene vakacijskog roka utvrđenog Pravilima.

Članak 12.

Osigurane osobe koje su ostvarile pravo na oslobađanje od sudjelovanja u dijelu troškova zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: doplata) u skladu s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 85/06., 105/06., 118/06., 77/07., 111/07. i 35/08.), zadržavaju to pravo do isteka važenja potvrde o oslobađanju od doplate, ali najdulje do 30. lipnja 2009. godine.

Osiguranim osobama koje su ostvarile pravo na trajno oslobađanje u skladu sa Zakonom iz stavka 1. ovog članka Zavod će u razdoblju od 1. travnja do 30. lipnja 2009. godine po službenoj dužnosti utvrditi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, izdati im iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja s rokom važenja od jedne godine i dostaviti im je na adresu stanovanja.

Osiguranim osobama koje su ostvarile pravo na oslobađanje od plaćanja doplate na osnovi utvrđenog im statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju, a kojima važenje potvrde o oslobađanju od plaćanja doplate ističe u razdoblju od 1. siječnja do 30. lipnja 2009. godine, Zavod će, pod uvjetom da nije došlo do promjene u njihovom statusu osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, po službenoj

dužnosti utvrditi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, izdati im iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja s rokom važenja od jedne godine i dostaviti je na adresu stanovanja.

Osigurane osobe iz stavka 2. i 3. ovog članka, iznimno, pravo na sklapanje ugovora/police dopunskog zdravstvenog osiguranja ne ostvaruju podnošenjem ponude za sklapanje ugovora.

Osiguranici dopunskog zdravstvenog osiguranja iz stavka 2. i 3. ovog članka, ako i nakon isteka roka na koji im je izdana iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja žele biti dopunski zdravstveno osigurani na teret sredstava državnog proračuna, obvezni su u skladu s rokovima propisanim Općim uvjetima ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju podnijeti ponudu Zavodu za sklapanje novog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, a prije isteka važenja ugovora/police, odnosno iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja dobivene u skladu sa stavkom 2. i 3. ovog članka.

Članak 13.

Osigurane osobe kojima Zavod u skladu s člankom 12. ovog Pravilnika nije po službenoj dužnosti utvrdio status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, a koje ispunjavaju uvjete iz članka 14.a Zakona i članka 6. stavak 1. točke 7. ovog Pravilnika mogu se dopunski zdravstveno osigurati u skladu s odredbama ovog Pravilnika.