ZAKON O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 85/06.), te njegovu izmjenu i dopunu objavljenu u "Narodnim novinama" broj 150/08., 71/10., 53/20., 120/21. i 23/23. u kojoj je naznačeno vrijeme njegova stupanja na snagu

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.

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

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

Članak 4.

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

(2) 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 troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 19. stavaka 3. i 4. i članka 20. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.).

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.

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

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

Članak 10.

(1) Iznimno od odredbi članka 8. i 9. ovoga Zakona, dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 19. stavaka 3. i 4. i članka 20. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13., 137/13. i 98/19.) provodi i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

(2) Zavod vodi sredstva dopunskoga zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 10.a

(1) Iznimno od odredbi članka 8. i 9. ovoga Zakona dodatno zdravstveno osiguranje provodi i Zavod.

(2) Zavod vodi sredstva dodatnoga zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja i sredstava dopunskoga 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.

(1) 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.

(2) 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.

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

Članak 14.

(1) Osiguravatelj određuje premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

(2) Zavod općim aktom određuje cijenu premije za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, prihodovnog cenzusa osiguranika i statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju.

(3) 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 osiguravatelja,

– za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.

Članak 14.a

Sredstva za premiju dopunskoga zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod osiguravaju se u državnom proračunu za osiguranike:

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 ili mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi,

2. osigurane osobe darivatelje dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,

3. osigurane osobe dobrovoljne davatelje krvi s više od 35 davanja (muškarci), odnosno s više od 25 davanja (žene),

4. osigurane osobe redovite učenike i studente starije od 18 godina,

5. osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos utvrđen člankom 14.b ovoga Zakona.

Članak 14.b

(1) Osigurane osobe iz članka 14.a točke 5. ovoga Zakona ostvaruju pravo na plaćanje premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja iz sredstava državnog proračuna ako im ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 331,81 eura (prihodovni cenzus).

(2) Iznimno od stavka 1. ovoga članka, osiguranik samac ima pravo na plaćanje premije sukladno stavku 1. ovoga članka ako njegov prihod u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 415,42 eura.

(3) Prihodovni cenzus iz stavaka 1. i 2. ovoga članka 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 brutoplaće 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.

(4) Za izračun udjela stope promjene potrošačkih cijena u zbroju stopa iz stavka 3. ovoga članka uzimaju se apsolutni brojevi tih stopa.

(5) 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 14.c

Pod prihodom iz članka 14.b ovoga Zakona smatraju se svi primici koje obitelj ostvari na ime dohotka od nesamostalnog rada, dohotka ili dobiti od samostalne djelatnosti, primitaka od kojih se utvrđuje drugi dohodak, imovine i imovinskih prava, kapitala, osiguranja te svi drugi primici ostvareni prema posebnim propisima.

Članak 14.d

Pod dohotkom u smislu ovoga Zakona smatra se:

– plaća i drugi oporezivi primici za rad ostvareni od poslodavca (tuzemnog ili inozemnog) umanjena za izdatke prema propisima o porezu na dohodak,

– mirovina od tuzemnog ili inozemnog isplatitelja,

– dohodak od samostalne djelatnosti obrta, slobodnog zanimanja ili poljoprivrede i šumarstva prije svih umanjenja dohotka i bez umanjenja dohotka za gubitak iz ranijih godina,

– dobit ostvarena od samostalne djelatnosti obrta, slobodnog zanimanja ili poljoprivrede i šumarstva prije svih umanjenja dobiti i bez umanjenja dobiti za gubitak iz ranijih godina,

– dohodak s osnove primitaka od kojih se utvrđuje drugi dohodak,

– dohodak od imovine i imovinskih prava,

– dohodak od iznajmljivanja soba i postelja turistima od kojega se plaća porez na dohodak u paušalnom iznosu,

– dohodak od dividenda i udjela u dobiti,

– dohodak od osiguranja te

– dohodak od povrata doprinosa plaćenih na dio osnovice koji prelazi iznos najviše godišnje osnovice za obračun doprinosa.

Članak 14.e

(1) U prihod iz članka 14.c ovoga Zakona uračunava se: naknada za vrijeme privremene spriječenosti za rad (bolovanje), novčana potpora sukladno Zakonu o rodiljnim i roditeljskim potporama osim jednokratne novčane potpore za novorođeno dijete, novčana naknada za slučaj nezaposlenosti, stalna pomoć, pomoć za podmirenje troškova stanovanja, doplatak za pomoć i njegu, osobna invalidnina, naknada do zaposlenja, doplatak za djecu, ortopedski doplatak, opskrbnina i obiteljska invalidnina ostvareni prema posebnim propisima.

(2) Prihod iz članka 14.c ovoga Zakona umanjuje se za iznos koji na temelju propisa o obitelji član obitelji plaća za uzdržavanje osobe koja nije član te obitelji.

Članak 14.f

Pod obitelji u smislu članka 14.b stavka 1. ovoga Zakona smatraju se bračni i izvanbračni drug te ostali članovi obitelji iz članka 10. stavka 1. Zakona obveznom zdravstvenom osiguranju koji žive u zajedničkom kućanstvu, neovisno o tome jesu li zdravstveno osigurani kao članovi obitelji, jesu li sposobni za samostalan život i rad i imaju li sredstva za uzdržavanje.

Članak 14.g

Postupak utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna iz članka 14.b ovoga Zakona provodi se sukladno općem aktu Zavoda.

Članak 15.

Pokriće troškova sudjelovanja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju ugovorni subjekt Zavoda naplaćuje od osiguravatelja, odnosno Zavoda.

Članak 16.

(1) Pobliže uvjete i način provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja utvrđuje pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.

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

II. DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 17.

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

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.

(1) 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.

(2) 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.

(1) Osiguravatelj, odnosno Zavod 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.

(2) Osiguravatelj dodatnoga zdravstvenog osiguranja, odnosno Zavod 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.

(1) 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.

(2) 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, odnosno nadležnog tijela trgovačkog društva.

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

Članak 24.

(1) Osiguravatelj, odnosno Zavod 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.

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

Članak 25.

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

(2) Pravila provođenja dodatnoga zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod, sukladno pravilniku iz stavka 1. ovoga članka, donosi Upravno vijeće Zavoda.

III. PRIVATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Članak 26.

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

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.

(1) 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.

(2) Osiguravatelj privatnoga zdravstvenog osiguranja obvezan 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.

(1) 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.

(2) 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.

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

Članak 33.

(1) 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.

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

Članak 34.

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

IV. KAZNENE 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 3., 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.

Članak 36.

Ugovori o dopunskom zdravstvenom osiguranju koje je Zavod sklopio na temelju članka 14.a Zakona izmjenama i dopunama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«,

br. 150 /08.) do dana stupanja na snagu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine" broj 71/10.), važe do isteka roka na koji su sklopljeni.