ODLUKA
O NAČINU OSIGURAVANJA I RASPOLAGANJA SREDSTVIMA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Odluku o načinu osiguravanja i raspolaganja sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 91/13.), te njezine izmjene i dopune objavljene u "Narodnim novinama" broj 12/14., 29/15., 53/15. i 147/22. u kojima je naznačeno vrijeme njihovog stupanja na snagu

Članak 1.

Financijsko poslovanje dopunskog zdravstvenog osiguranja vodi se putem odvojene knjigovodstvene evidencije svih poslovnih događaja po vrstama prihoda i rashoda propisanim u članku 5. i 6. ove Odluke.

Vođenje odvojenog financijskog poslovanja iz stavka 1. ovog članka ustrojeno je radi odvajanja sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja u okviru ukupnih sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (nastavno: Zavod).

Vođenje odvojenog financijskog poslovanja iz stavka 1. ovog članka omogućuje transparentnost financijskog poslovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja u okviru ukupnih sredstava Zavoda te se u svakom trenutku osigurava dobivanje separatne bilance dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao osnove za kontinuirano praćenje kretanja prihoda i rashoda, a za pravovremeno usmjeravanje poslovne politike i osiguranje uspješnog poslovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 2.

Sredstva za provođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja u Zavodu osiguravaju se iz prihoda dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 3.

Sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja Zavod raspolaže na način utvrđen Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 80/13., 137/13. i 98/19.), Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Statutom Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje i ovom Odlukom, a u skladu s Financijskim planom dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: financijski plan) koji se donosi za svaku kalendarsku godinu.

Članak 4.

Financijski plan iz članka 2. ove Odluke donosi Upravno vijeće Zavoda najkasnije do 31. prosinca tekuće godine za iduću godinu.

Ako se financijski plan ne donese do 31. prosinca tekuće godine, do toga datuma Upravno vijeće Zavoda donosi Odluku o privremenom financiranju dopunskog zdravstvenog osiguranja za razdoblje od 1. siječnja do 31. ožujka iduće godine.

Članak 5.

Financijskim planom utvrđuju se:

1. prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja,

2. rashodi dopunskog zdravstvenog osiguranja i

3. pričuva.

Članak 6.

Prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja sastoje se od:

1. premija dopunskog zdravstvenog osiguranja (dalje u tekstu: premija):

a) osiguranika/ugovaratelja fizičkih osoba

b) ugovaratelja pravnih osoba i drugih poslovnih subjekata

2. premija za osiguranike za koje se premija plaća iz državnog proračuna

3. zakonskih zateznih kamata na zakašnjele uplate premija

4. pozajmica

5. kamata na sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja plasirana izvan namjene tog osiguranja

6. kamate na sredstva po viđenju (avista)

7. naplaćenih troškova nastalih s osnova ovršnih postupaka,

8. naplaćenih troškova s osnova vođenja postupaka naknade štete

9. naknadno utvrđenih prihoda iz ranijih razdoblja.

Prihodi tekuće poslovne godine formiraju se u skladu s odredbama Zakona o proračunu i Pravilnika o proračunskom računovodstvu i računskom planu.

Radi osiguranja pokrića rashoda u cjelokupnom vremenu važenja police osiguranja prihodi tekuće poslovne godine po osnovi premije u pomoćnim knjigama formiraju se po pravilima struke osiguranja, odnosno po načelu prijenosne premije.

Članak 7.

Rashode dopunskog zdravstvenog osiguranja čine:

1. troškovi za pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 19. stavka 3. i 4. i članka 20. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju razvrstani po vrsti pružene zdravstvene zaštite (štete)

2. troškovi poslovanja (rashodi za zaposlene, materijalni i financijski rashodi)

3. rashodi za nabavu dugotrajne imovine

4. naknadno utvrđeni rashodi iz ranijih razdoblja.

Članak 8.

Financijski rezultat poslovanja dobiva se kao razlika ostvarenih prihoda i izvršenih rashoda poslovanja. Ako je financijski rezultat pozitivan prenosi se u slijedeću godinu kao višak prihoda nad rashodima, i ulazi u masu sredstava pričuve, a ako je negativan u tijeku izrade završnog računa pokriva se iz sredstava pričuve koliko to ona omogućava, a ostatak se prenosi u slijedeću godinu.

Financijski rezultat poslovanja prati se za svako obračunsko razdoblje unutar godine radi pravovremenog poduzimanja mjera i usmjeravanja poslovne politike u smjeru uravnoteženja prihoda i rashoda.

Članak 9.

Za plaćanje obveza za štete iz članka 7. točke 1. ove Odluke Zavod sklapa ugovore kojima se reguliraju međusobni odnosi, način ispostavljanja računa i plaćanja zdravstvenim ustanovama i drugim subjektima koji provode ugovorenu zdravstvenu zaštitu.

Članak 10.

Financijskim planom planira se pričuva dopunskog zdravstvenog osiguranja u visini od 12% ugovorene premije za godinu na koju se Financijski plan odnosi.

Članak 11.

Sredstva pričuve koriste se za:

– pokriće viška izvršenih rashoda nad ostvarenim prihodima

– unapređenje rada i poslovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja prema posebnoj odluci Upravnog vijeća Zavoda

– za druge namjene.

Članak 12.

Sredstva pričuve izdvajaju se po završnom računu Zavoda nakon pokrića ukupnih rashoda poslovanja i uz uvjet da je ostvaren višak prihoda nad rashodima, ali najviše kumulativno do iznosa jedne polovine ukupno ugovorene premije za tu godinu.

Kad pričuva dostigne visinu iz stavka 1. ovog članka vrši se korekcija cijena polica na niže, a s više ostvarenim iznosom iznad propisanog u stavku 1. ovog članka raspolaže se po posebnoj odluci Upravnog vijeća Zavoda.

Na sredstva pričuve koja se prema posebnoj odluci Upravnog vijeća Zavoda plasiraju izvan namjena dopunskog zdravstvenog osiguranja obvezno se obračunavaju kamate po godišnjoj eskontnoj stopi.

U slučaju zakašnjenja pri povratu plasiranih sredstava iz stavka 3. ovog članka obračunavaju se zatezne kamate po stopi iz članka 13. stavka 2. ove Odluke.

Članak 13.

Premija se ugovara u visini i s rokovima dospijeća u skladu s Pravilima uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, broj 91/13., 136/13., 21/14., 135/14.,144/14. i 42/18), 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 Odlukom o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj, 118/13., 11/14., 120/15. i 74/16.).

Na dospjele a neuplaćene obroke premije obračunavaju se zatezne kamate po stopi utvrđenoj Zakonom o obveznim odnosima („Narodne novine“, broj 35/05., 41/08., 125/11., 78/15., 29/18., 126/21. i 114/22.).

Ugovarateljima dopunskog zdravstvenog osiguranja koji premiju plaćaju putem trajnog naloga uspostavljenog ugovorom između Zavoda i financijske organizacije, ne obračunavaju se kamate iz stavka 1. ovog članka ako je ugovorom o trajnom nalogu utvrđen prijenos tih sredstava poslije dospijeća premije utvrđene policom.

Članak 14.

Zavod je dužan trajno pratiti naplatu ugovorenih premija.

Ako se ugovorena premija ne uspije naplatiti redovnim putem, Zavod je protiv ugovaratelja te premije dužan pokrenuti ovršni postupak sukladno posebnim propisima.

Ovršni postupak iz stavka 2. ovog članka provodi se u pravilu na plaći, mirovini i na drugom stalnom novčanom primanju ovršenika.

U slučaju da ovršni postupak iz stavka 2. ovog članka nije moguće provesti na predmetima ovrhe iz stavka 3. ovog članka ovrha će se provesti i na drugim predmetima ovrhe (pokretnine, nekretnine i dr.).

Radi objektivnijeg prikazivanja stanja aktive bilance dopunskog zdravstvenog osiguranja, za sva nenaplaćena i sporna potraživanja, za premiju stariju od 90 dana, u Glavnoj knjizi knjiži se ispravak vrijednosti potraživanja, dok stanje premije na analitičkim karticama ostaje nepromijenjeno do potpune naplate, odnosno otpisa nenaplativih potraživanja.

Članak 15.

Zavod će otpisati potraživanje koje ne premašuje iznos od 2,65 eura po isteku važenja police dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Zavod će otpisati potraživanje koje ne premašuje iznos od 0,66 eura po ugovorenoj premiji za razdoblje od godine dana.

Zavod će otpisati potraživanja nenaplativa iz objektivnih razloga (smrt fizičke osobe, likvidacija pravne osobe, nedostatak imovine, iscrpljena pravna sredstva i sl.).

Zavod može otpisati potraživanja u ovršnim postupcima u kojima ovršenik u roku od 90 dana od zaprimanja rješenja o ovrsi podmiri ukupni iznos dugovanja utvrđen rješenjem o ovrsi, a za zateznu kamatu obračunatu od dana primitka rješenja o ovrsi do dana podmirenja ukupnog iznosa dugovanja.

U iznimnim slučajevima Zavod može otpisati potraživanja s osnova obračunate zatezne kamate u ovršnim postupcima i izvan slučajeva utvrđenih stavkom 3. ovog članka.

Članak 16.

Danom stupanja na snagu ove Odluke prestaje važiti Odluka o načinu osiguravanja i raspolaganja sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 2/09., 118/09., i 147/12.).