REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

NACRT KONAČNOGA PRIJEDLOGA ZAKONA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Zagreb, lipanj 2006.

KONAČNI PRIJEDLOG
ZAKONA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovim Zakonom uređuju se vrste, uvjeti i način provođenja dobrovoljnog 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 dobrovoljnog 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 obveznog 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 obveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog 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: osiguratelj).

Članak 9.

Osiguratelj ne smije započeti obavljati poslove dobrovoljnog 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 obveznog 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 dopunskog 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 osiguratelja, odnosno Zavoda.

Članak 12.

Ugovarateljem dopunskog 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 dopunskog 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.

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

Osiguratelj dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno Zavod obvezni su:
- sklopiti ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi osigurati za prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja po programima osiguratelja,
- za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dopunskog zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguratelja.

Članak 15.

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

Članak 16.

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

Pravila provođenja dopunskog 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 osiguratelja.

Članak 18.

Ugovarateljem dodatnog 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 dodatnog 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.

Osiguratelj 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.

Osiguratelj dodatnog zdravstvenog osiguranja obvezan je:

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

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 dodatnog 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 obveznog zdravstvenog osiguranja kao i za osiguranje višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom.

Članak 23.

Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje dodatnog 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 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.

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

Članak 24.

Osiguratelj 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 dodatnog 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 privatnog 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 privatnog 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.

Osiguratelj 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.

Osiguratelj privatnog zdravstvenog osiguranja obvezan je za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz privatnog zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguratelja.

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 privatnog 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 ugovorenog radnog vremena sa Zavodom.

Članak 32.

Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje privatnog 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 privatnog zdravstvenog osiguranja uređuje se općim aktom koji donosi upravno vijeće zdravstvene ustanove, odnosno nadležno tijelo trgovačkog društva.

Članak 33.

Osiguratelj 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 privatnog 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.

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

V. 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 dobrovoljnog 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 dopunskog 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", broj 28/02.),
2. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 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", broj 47/02., 11/03. i 161/04.),
4. Odluka o vrsti i cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 47/02.),
5. Odluka o načinu osiguravanja i raspolaganja sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 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“, broj 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“.

O B R A Z L O Ž E N J E

I. RAZLOZI ZBOG KOJIH SE ZAKON DONOSI

Prema važećem Zakonu o zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 94/01., 88/02., 149/02., 117/03., 30/04., 177/04. i 90/05.) u Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje je osnovno, dopunsko i privatno.

Osnovno zdravstveno osiguranje je obvezno, a njime se osiguravaju svim osiguranim osobama prava i obveze iz zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti i solidarnosti.

Osnovno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se osiguranim osobama Zavoda plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga koje u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja ne podmiruje Zavod.

Dopunsko zdravstveno osiguranje provode Zavod i društva za osiguranje.

Sukladno važećem Zakonu o zdravstvenom osiguranju u okviru privatnog zdravstvenog osiguranja osigurane osobe Zavoda mogu se osigurati na prava iz zdravstvenog osiguranja koja nisu obuhvaćena osnovnim zdravstvenim osiguranjem.

Privatno zdravstveno osiguranje provode osiguravatelji.

Dopunsko i privatno zdravstveno osiguranje su dobrovoljna zdravstvena osiguranja.

Prema članku 144. važećega Zakona o zdravstvenom osiguranju, odredba članka 2. stavka 8. Zakona omogućila je društvima za osiguranje provedbu dopunskoga zdravstvenog osiguranja nakon isteka dvije godine od dana stupanja na snagu Zakona, dakle od 01. siječnja 2004. godine. Do tada je dopunsko zdravstveno osiguranje provodio samo Zavod.

Broj važećih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod na dan 24. veljače 2006. godine jest 636.041. Sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju sa Zavodom ima 375.740 umirovljenika te 260.301 ostalih osiguranih osoba.

Ovim zakonskim prijedlogom uređuju se vrste, uvjeti i način dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

II. PITANJA KOJA SE ZAKONOM RJEŠAVAJU

• Prema ovom zakonskom prijedlogu dobrovoljno zdravstveno osiguranje dijeli se na: dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno zdravstveno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje.

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

Sukladno Zakonu o osiguranju („Narodne novine“ broj 151/05) zdravstvena osiguranja definirana su kao neživotna osiguranja.

• Ovim zakonskim prijedlogom uređuje se da je dopunsko zdravstveno osiguranje takvo osiguranje kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (doplata) iz članka 15. i 16. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Prema članku 15. Konačnoga prijedloga Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, predviđene su zdravstvene usluge koje u cijelosti pokriva Zavod.

Prema tom zakonskom prijedlogu, u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osiguranim osobama Zavoda osigurava se u cijelosti plaćanje zdravstvenih usluga za preventivnu zdravstvenu zaštitu djece, učenika i studenata te odraslih osoba, preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu djece do 18 godina života, preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu žena u svezi s planiranjem obitelji, praćenjem trudnoće i poroda, preventivnu i kurativnu stomatološku zdravstvenu zaštitu

trudnica, preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi HIV infekcija i ostalih zaraznih bolesti za koje je zakonom predviđeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja.

Iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti je pokriveno i obvezno cijepljenje, imunoprofilaksa i kemoprofilaksa, kemoterapija i radioterapija, zdravstvena zaštita u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, hitna medicinska pomoć, hitna stomatološka pomoć, hitni medicinski prijevoz, kućne posjete za akutna stanja, kućno liječenje te patronažna zdravstvena skrb.

U cijelosti se iz obveznog zdravstvenog osiguranja plaća i kurativna zdravstvena zaštita i medicinska rehabilitacija djece, učenika i studenata na redovitom obrazovanju, ortopedska i druga pomagala djeci do 18. godine života sukladno općem aktu Zavoda, kurativna zdravstvena zaštita odraslih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite, osim one za koju je opsegom prava za zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja drukčije određeno.

Iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti je pokrivena i medicinski neophodna bolnička zdravstvena zaštita, osim troškova smještaja i prehrane.

U osnovni paket zdravstvenih usluga koje se u potpunosti plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja uključen je i sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo.

Također, iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti se plaćaju i lijekovi s osnovne liste lijekova Zavoda.

Prema Konačnom prijedlogu zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju na teret sredstava Zavoda osigurava se plaćanje 85% cijene za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključivo i dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim fizikalne medicine i rehabilitacije, zatim specijalističke dijagnostike koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite, ortopedska i druga pomagala određena općim aktom Zavoda te liječenje u inozemstvu sukladno općem aktu Zavoda.

Isto tako 85% cijene Zavod plaća i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući bolesnika, specijalističko-konzilijarnu stomatološku zdravstvenu zaštitu odraslih osoba u paradontologiji i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu odraslih osoba u oralnoj kirurgiji.

Za troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih bolesti te za stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici za osobe iznad 70 godina starosti predviđeno je plaćanje Zavoda u visini 75% njihove cijene.

Također, predlaže se plaćanje Zavoda u visini 70% cijene za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji te za troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje akutnih bolesti.

Za stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba predlaže se plaćanje 50% cijene na teret sredstava Zavoda.

Konačnim prijedlogom zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju predlaže se da dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (doplata) iz članka 15. Konačnoga prijedloga zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju provode društva za osiguranje i Zavod, a pokriće do pune cijene lijeka s dopunske liste lijekova Zavoda prema članku 16. Konačnoga prijedloga zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju samo društva za osiguranje.

Naime, sukladno Konačnom prijedlogu zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju osigurane osobe imale bi pravo i na pokriće troškova lijekova na dopunskoj listi lijekova Zavoda, koja sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu Zavod osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova. Doplatu do pune cijene lijeka na dopunskoj listi lijekova obvezna je snositi osigurana osoba Zavoda neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode društva za osiguranje sukladno Zakonu o osiguranju.

Prema ovom zakonskom prijedlogu dopunsko zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguratelja, odnosno Zavoda.

Ugovarateljem dopunskog zdravstvenog osiguranja, prema ovom zakonskom prijedlogu, 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.

Osiguranikom dopunskog zdravstvenog osiguranja, 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 može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. Gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju osoba gubi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

- Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

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

Ugovarateljem dodatnog zdravstvenog osiguranja, prema ovom zakonskom prijedlogu, 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.

Osiguranikom dodatnog zdravstvenog osiguranja, 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 dodatnog zdravstvenog osiguranja može biti samo osoba koja ima

utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Osiguratelj 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.

Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju mora sadržavati popis zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnih zdravstvenih radnika kod kojih osiguranik može koristiti prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja.

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

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

Osiguratelj 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.

• Privatnim zdravstvenim osiguranjem, prema ovom zakonskom prijedlogu, 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.

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

Ugovarateljem privatnog zdravstvenog osiguranja, 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.

Osiguranikom privatnog zdravstvenog osiguranja, 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.

Osiguratelj privatnog zdravstvenog osiguranja obvezan je za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz privatnog zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguratelja.

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

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 samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom. Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje privatnog zdravstvenog osiguranja navedene zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici obvezni su ishoditi suglasnost Zavoda.

Osiguratelj 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 privatnog zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo.

III. OBJAŠNJENJE ODREDBI PREDLOŽENOGA ZAKONA

Uz članke 1. – 4.

Općim odredbama ovoga zakonskoga prijedloga definira se predmet njegova uređivanja.

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

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje prema ovome zakonskom prijedlogu može biti dopunsko, dodatno ili privatno zdravstveno osiguranje.

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.

Uređuje se da se prava i obveze koje pripadaju osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu prenositi na druge osobe niti nasljeđivati. Iznimno, nasljeđivati se mogu prava na novčana primanja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena zbog smrti osiguranika.

Uz članak 5.

Uređuje se da je dopunsko zdravstveno osiguranje takvo osiguranje kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (doplata) iz članka 15. i 16. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Konačnim prijedlogom zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju predlaže se da dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (doplata) iz članka 15. Konačnoga prijedloga zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju provode društva za osiguranje i Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje, a pokriće do pune cijene lijeka s dopunske liste lijekova Zavoda prema članku 16. Konačnoga prijedloga zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju samo društva za osiguranje.

Uz članak 6.

Definira se dodatno zdravstveno osiguranje kojim se osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Uz članak 7.

Uređuje se da se privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava 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.

Uz članke 8. - 10.

Uređuju se uvjeti za obavljanje poslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može provoditi 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: osiguratelj).
Osiguratelj ne smije započeti obavljati poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti ministra nadležnog za zdravstvo.
Iznimno od navedenih uvjeta, dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (doplata) iz članka 15. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju može provoditi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).
Zavod vodi sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Uz članke 11. – 16.

Odredbe navedenih članaka odnose se na dopunsko zdravstveno osiguranje.
Prema ovom zakonskom prijedlogu dopunsko zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguratelja, odnosno Zavoda (članak 11.).

Ugovarateljem dopunskog zdravstvenog osiguranja, prema ovom zakonskom prijedlogu, 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 12.).

Osiguranikom dopunskog zdravstvenog osiguranja, 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 može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. Gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju osoba gubi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju (članak 13.).

Člankom 14. uređuje se da osiguratelj, odnosno Zavod određuju premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Također, propisuje se obveza osiguratelja dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno Zavoda da sklopi ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi osigurati za prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja po programima osiguratelja te da za sve osiguranike osigura jednaka prava i obveze iz dopunskog zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguratelja.

Člankom 15. uređuje se da doplatu sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju ugovorni subjekt Zavoda naplaćuje od osiguratelja, odnosno Zavoda.

Članak 16. daje osnovu za donošenje pravilnika kojim će se propisati pobliži uvjeti i način provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja. Pravila provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod, sukladno navedenom pravilniku utvrdit će Upravno vijeće Zavoda.

Uz članke 17. – 25.

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

Ugovarateljem dodatnog zdravstvenog osiguranja, 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.

Osiguranikom dodatnog zdravstvenog osiguranja, 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 dodatnog zdravstvenog osiguranja može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Uređuje se da osiguratelj 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 (članak 20.).

Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju mora sadržavati popis zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnih zdravstvenih radnika kod kojih osiguranik može koristiti prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja (članak 21.).

Propisuje se da 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 samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i za osiguranje većeg opsega prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja kao i za osiguranje višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom (članak 22.).

Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje dodatnog zdravstvenog osiguranja zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici obvezni su ishoditi suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo (članak 23.).

Prema članku 24. zakonskoga prijedloga osiguratelj 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.

Prema članku 25. zakonskoga prijedloga pobliži uvjeti i način provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja utvrdit će se pravilnikom ministra nadležnog za zdravstvo.

Uz članke 26. – 34.

Privatnim zdravstvenim osiguranjem, prema ovom zakonskom prijedlogu, 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.

Privatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o privatnom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguratelja (članak 26.).

Ugovarateljem privatnog zdravstvenog osiguranja, 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 27.).

Osiguranikom privatnog zdravstvenog osiguranja, 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 28.).

Člankom 29. propisuje se obveza osiguratelja privatnog zdravstvenog osiguranja da za sve osiguranike osigura jednaka prava i obveze iz privatnog zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.

Članak 30. propisuje da ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju treba sadržavati popis zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnih zdravstvenih radnika kod kojih osiguranik može koristiti prava iz privatnog zdravstvenog osiguranja.

Kao i kod dodatnog zdravstvenog osiguranja, 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 samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom. Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje privatnog zdravstvenog osiguranja navedene zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici obvezni su ishoditi suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo (članci 31. i 32.).

Osiguratelj 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 privatnog zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo (članak 33.).

Članak 34. propisuje da će se pobliži uvjeti i način provođenja privatnog zdravstvenog osiguranja utvrditi pravilnikom ministra nadležnog za zdravstvo.

Uz članak 35.

Propisuje prekršaje zbog povrede odredaba ovoga Zakona.

Uz članke 36. – 39.

Sadrže prijelazne i završne odredbe.

Uz članak 40.

Uređuje dan stupanja na snagu ovoga Zakona.

IV. FINANCIJSKA SREDSTVA POTREBNA ZA PROVEDBU ZAKONA

Za provedbu ovoga Zakona nije potrebno osigurati dodatna sredstva iz državnog proračuna.

V. RAZLIKE IZMEĐU RJEŠENJA KOJA SE PREDLAŽU U ODNOSU NA RJEŠENJA PRIJEDLOGA ZAKONA TE RAZLOZI ZBOG KOJIH SU TE RAZLIKE NASTALE

Konačni prijedlog zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ne sadrži razlike u odnosu na rješenja iz Prijedloga zakona u prvom čitanju.

VI. PRIJEDLOZI I MIŠLJENJA DANI NA PRIJEDLOG ZAKONA KOJE PREDLAGATELJ NIJE PRIHVATIO S OBRAZLOŽENJEM

U saborskoj raspravi u postupku prvog čitanja nije bilo posebnih primjedbi na ovaj zakonski prijedlog.