**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

**52**

Na osnovi članka 10. stavka 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine« broj 85/06. i 150/08.), članka 15. stavak 1. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (klasa: 025-04/08-01/349, urbroj: 338-01-01-08-1 od 30. prosinca 2008. godine) i članka 20. stavka 1. podstavka 5. Statuta Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 16/02., 24/02. i 58/03.) Upravno vijeće Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje na 63. sjednici održanoj 30. prosinca 2008. godine donijelo je

**ODLUKU**

**O NAČINU OSIGURAVANJA I RASPOLAGANJA SREDSTVIMA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Članak 1.

Sredstva za provođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) osiguravaju se iz uplaćenih premija dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: premija) osiguranika, odnosno premija uplaćenih iz sredstava državnog proračuna u skladu sa sklopljenim ugovorima o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Premije se ugovaraju u visini i s rokovima dospijeća u skladu s Pravilima uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, Općim uvjetima ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju i Odlukom o vrsti i cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 2.

Sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja Zavod raspolaže na način utvrđen 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 3.

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 4.

Financijskim planom utvrđuju se:

1. prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja

2. izdaci dopunskog zdravstvenog osiguranja

3. pričuva dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Članak 5.

Prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja sastoje se od:

1. ugovorenih premija:

a) od fizičkih osoba

b) od poslovnih subjekata

c) za osiguranike za koje se premija plaća iz državnog proračuna

2. zakonskih zateznih kamata na zakašnjele uplate premija, odnosno pozajmica, te kamata na sredstva dopunskog zdravstvenog osiguranja plasirana izvan namjene tog osiguranja

3. kamate na sredstva po viđenju (avista)

4. naplaćenih troškova nastalih s osnova ovršnih postupaka

5. naplaćenih troškova s osnova vođenja postupaka naknade štete

6. naknadno utvrđenih prihoda iz ranijih razdoblja.

Članak 6.

Rashode dopunskog zdravstvenog osiguranja čine:

1. troškovi za pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine« broj 150/08.) 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 7.

Financijskim planom planira se pričuva dopunskog zdravstvenog osiguranja u visini od najmanje 12% ugovorene premije za kalendarsku godinu na koji se financijski plan odnosi.

Članak 8.

Pričuva se koristi za pokriće viška rashoda nad prihodima i financijsku stabilnost poslovanja.

Članak 9.

Sredstva pričuve obračunavaju se po periodičnim obračunima, a izdvajaju se na kraju godine nakon pokrića ukupnih izdataka poslovanja i uz uvjet da je ostvaren višak prihoda nad rashodima, ali najviše do iznosa jedne polovine ukupno ugovorene premije za tu godinu na temelju posebne odluke Upravnog vijeća Zavoda.

Kada pričuva dosegne visinu iz stavka 1. ovoga članka, ostvarenim viškom prihoda nad izdacima te o daljnjem izdvajanju pričuve odlučit će se posebnom odlukom Upravnog vijeća Zavoda.

Članak 10.

Na dospjele a neuplaćene obroke premije obračunavaju se zatezne kamate po stopi utvrđenoj Zakonom o obveznim odnosima (»Narodne novine« broj 35/05. i 41/08.)

Na sredstva pričuve odnosno ostvarenog viška prihoda nad izdacima iz članka 9. stavka 2. ove Odluke, a koja se prema posebnoj odluci Upravnog vijeća Zavoda plasiraju izvan namjene dopunskog zdravstvenog osiguranja, obvezno se obračunavaju kamate po eskontnoj stopi godišnje. U slučaju zakašnjenja pri povratu tih sredstava obračunavaju se zatezne kamate po stopi iz stavka 1. ovog članka.

Ugovarateljima dopunskog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovaratelj) 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 11.

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.

Prijedlog za donošenje rješenja o ovrsi na temelju vjerodostojne isprave javnom bilježniku u pravilu podnosi područni ured Zavoda u kojem je ovršenik sklopio ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, osim slučaja provođenja postupka ovrhe na pokretninama ili nekretninama, kada prijedlog za ovrhu podnosi područni ured na području mjesno mjerodavnog suda.

Donošenje rješenja o ovrsi predlaže se temeljem analitičke kartice dopunskog zdravstvenog osiguranja kao vjerodostojne isprave.

Kao predmet ovrhe predlažu se prvenstveno novčana potraživanja ovršenika (plaća, mirovina i sl.), a ako to nije moguće ovršenikove pokretnine i nekretnine.

Članak 12.

Po uplati posljednjeg ugovorenog obroka premije, Zavod će otpisati potraživanje nastalo obračunom i naplatom kamata iz članka 10. stavka 1. ove Odluke, pod uvjetom da to potraživanje ne premašuje iznos od 20,00 kuna.

Zavod će otpisati dugovanja s osnova obračunate zatezne kamate u razdoblju od dana obračuna ukupnog iznosa dugovanja iz analitičke kartice osiguranika u svrhu provođenja izvršnog rješenja o ovrsi, pa do dana podmirenja duga osiguranika uz uvjet da rečeno razdoblje nije dulje od 90 dana.

U slučaju kada je razdoblje iz stavka 2. ovog članka dulje od 90 dana, a dugovanje osiguranika nije podmireno izvršit će se ponovni obračun dugovanja, te novi iznos duga ponovo poslati na naplatu ovršeniku.

Članak 13.

Danom stupanja na snagu ove Odluke prestaje važiti Odluka o načinu osiguravanja i raspolaganja sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 120/06. i klasa: 025-04/08-01/309, urbroj: 338-01-01-08-1, od 18. prosinca 2008. godine).

Članak 14.

Ova Odluka stupa na snagu danom objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 025-04/08-01/354

Urbroj: 338-01-01-08-1

Zagreb, 30. prosinca 2008.

Predsjednik  
Upravnog vijeća Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje  
**prim. Stjepan Bačić, dr. med.,** v. r.

Na osnovi članka 10. stavka 2. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine« broj 85/06., 150/08. i 71/10.), članka 15. stavka 1. Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 91/13. i 136/13.) članka 27. stavka 1. točke 6. i članka 63. stavka 2. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine« broj 18/09., 33/10., 8/11., 18/13. i 1/14.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 54. sjednici održanoj 22. siječnja 2014. godine donijelo je

**ODLUKU**

**O IZMJENI I DOPUNI ODLUKE O NAČINU OSIGURAVANJA I RASPOLAGANJA SREDSTVIMA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

Članak 1.

U Odluci o načinu osiguravanja i raspolaganju sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 91/13. – u daljnjem tekstu: Odluka) u članku 3. riječi u zagradi: »Narodne novine« broj 150/08.,94/09., 153/09., 71/10., 139/10., 49/11., 22/12., 57/12., 123/12., 144/12., zamjenjuju se riječima: »Narodne novine« broj 80/13. i 137/13.

Članak 2.

U članku 6. stavku 1. pod točkom 1.b) riječ »pravnik« zamjenjuje se riječju »pravnih«.

Članak 3.

U članku 13. stavak 1. mijenja se i glasi:

»Premija se ugovara u visini i s rokovima dospijeća u skladu s Pravilima uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 91/13. i 136/13.), Općim uvjetima ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine« broj 91/13. i 119/13.) i Odlukom o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 118/13.).

Članak 4.

U članku 15. stavak 3. mijenja se i glasi:

»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.

Članak 5.

Ova Odluka stupa na snagu dan nakon objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 025-04714-01/15  
  
Urbroj: 338-01-01-14-1  
  
Zagreb, 22. siječnja 2014.

Predsjednik  
  
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje  
  
**prim. mr. sc. Marijan Cesarik, dr. med.,**v. r.