

**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 2/09.), te njezina izmjena i dopuna objavljena u "Narodnim novinama" broj 118/09. u kojoj je naznačeno vrijeme njezinog stupanja na snagu**

**Članak 1.**

(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.

(2) Premije se ugovaraju u visini i s rokovima dospijeca 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.**

(1) 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.**

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

(2) 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

**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 zatezних 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.**

**brisan**

## **Članak 8.**

**brisan**

## **Članak 9.**

**brisan**

## **Članak 10.**

(1) 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.).

(2) 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.**

(1) Zavod je dužan trajno pratiti naplatu ugovorenih premija.

(2) Ako se ugovorena premija ne uspije naplatiti redovnim putem, Zavod je protiv ugovaratelja te premije dužan pokrenuti ovršni postupak.

(3) 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.

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

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

## **Članak 12.**

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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.