

УРЕДБА
О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

(Пречишћен текст)¹

Сл. гласник РС бр. 108/08, 49/09

I. ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Предмет Уредбе

Члан 1.

Овом уредбом уређују се врсте добровољног здравственог осигурања, услови, начин и поступак организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

Правни субјекти који обављају делатност осигурања

Члан 2.

Добровољно здравствено осигурање може организовати и спроводити Републички завод за здравствено осигурање (у даљем тексту: Републички завод) и правна лица која обављају делатност осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање (у даљем тексту: друштво за осигурање).

Примена прописа

Члан 3.

Ако је добровољно здравствено осигурање на друкчији начин уређено другим законом, примењују се одредбе закона којим се уређује здравствено осигурање и ова уредба.

Ако законом којим се уређује здравствено осигурање и овом уредбом није друкчије уређено, на организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања примењују се одредбе закона којим се уређује осигурање.

На односе између уговорних страна у организацији и спровођењу добровољног здравственог осигурања примењују се одредбе закона којим се уређују облигациони односи и ова уредба.

Значење употребљених израза

Члан 4.

Изрази употребљени у овој уредби имају следеће значење:

¹ Пречишћен текст закључно са изменама из Сл. гл. РС бр. 49/09 које су у примени од 04.07.2009.г

1) Давалац осигурања је, у складу са законом, Републички завод и друштво за осигурање који организују и спроводе добровољно здравствено осигурање;

2) Осигураник је физичко лице које је склопило уговор о добровољном здравственом осигурању, или за кога је, на основу његове сагласности, склопљен уговор о добровољном здравственом осигурању са даваоцем осигурања и који користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице осигураника;

3) Уговарач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: уговарач) је правно или физичко лице, као и други правни субјект који у име и за рачун осигураника, односно у своје име и за рачун осигураника закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са даваоцем осигурања и који се обавезао на уплату премије осигурања из својих средстава или на терет средстава осигураника;

4) Премија осигурања је новчани износ који плаћа осигураник, односно уговарач добровољног здравственог осигурања даваоцу осигурања;

5) Полиса осигурања је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању са даваоцем осигурања;

6) Колективно осигурање је добровољно здравствено осигурање које закључује уговарач са даваоцем осигурања кога је изабрао у складу са законом, о чему уговарач и давалац осигурања могу закључити уговор о добровољном здравственом осигурању;

7) Здравствене услуге су услуге које се пружају у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса), у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, ради спровођења здравствене заштите, односно ради спровођења мера за очување и унапређење здравља људи, спречавања, сузбијања и раног откривања болести, повреда и других поремећаја здравља, лечења и рехабилитације, укључујући и здравствене услуге из традиционалне медицине, које су безбедне, квалитетне и ефикасне;

8) Здравствена установа је правно лице које обавља здравствену делатност и која је добила дозволу од министарства надлежног за послове здравља (у даљем тексту: Министарство) за обављање здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона;

9) Приватна пракса је други облик здравствене службе у којој се обављају одређени послови здравствене делатности и која је добила дозволу Министарства за обављање одређених послова здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона;

10) Други даваоци здравствених услуга су друга правна или физичка лица која обављају одређене послове из здравствене делатности, односно обезбеђују медицинско-техничка помагала, а који су добили дозволу надлежног органа за обављање тих послова, у складу са законом;

11) Лек је производ који је добио дозволу за стављање у промет у Републици Србији, као и производ који није добио дозволу за стављање у промет у Републици Србији и који се увози на основу одобрења Агенције за лекове и медицинска средства Србије, у складу са законом којим се уређује област лекова;

12) Медицинско-техничка помагала су медицинска средства која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, спречавање настанка деформитета и исправљање постојећих деформитета и олакшавање вршења основних животних функција;

12a) Имплантат је медицинско средство које се хируршким путем уграђује у људски организам;

13) Новчане накнаде су накнаде које давалац осигурања обезбеђује осигуранику у случају губитка зараде, односно плате или других примања због привремене спречености за рад, накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите, као и друге врсте новчаних накнада у вези са остваривањем права из добровољног здравственог осигурања;

14) Дан почетка добровољног здравственог осигурања је датум уписан у полису осигурања од кога почиње остваривање права и обавеза из добровољног здравственог осигурања;

15) Исправа о добровољном здравственом осигурању је документ који осигуранику издаје давалац осигурања на основу које осигураник доказује својство осигураника добровољног здравственог осигурања и остварује права из добровољног здравственог осигурања.

II. УСЛОВИ, НАЧИН И ПОСТУПАК ОРГАНИЗОВАЊА И СПРОВОЂЕЊА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Група послова добровољног здравственог осигурања

Члан 5.

Добровољно здравствено осигурање је врста неживотног осигурања.

Члан 6.

Добровољно здравствено осигурање уговара се као дугорочно осигурање, на период који не може бити краћи од 12 месеци од дана почетка осигурања осим ако овом уредбом друкчије није уређено, као и у случају када својство обавезно осигураног лица траје краћи период у складу са прописима из обавезног здравственог осигурања.

Изузетно од става 1. овог члана добровољно здравствено осигурање за време боравка осигураника у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству, може трајати и краће.

Ограничење при организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања

Члан 7.

Добровољно здравствено осигурање давалац осигурања не може организовати и спроводити за идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и поступак остваривања права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем које је прописано законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.

Добровољно здравствено осигурање не може се организовати и спроводити за превентивне програме вакцинација, имунопрофилактике и хемопрофилактике који су обавезни према републичком програму имунизација становништва против одређених врста заразних болести.

Непреносивост права и обавеза из добровољног здравственог осигурања

Члан 8.

Права из добровољног здравственог осигурања не могу се преносити на друга лица, нити се могу наслеђивати.

Изузетно од става 1. овог члана, новчане накнаде које су доспеле за исплату, а остале су неисплаћене услед смрти лица обухваћених добровољним здравственим осигурањем могу се наслеђивати.

Обављање послова добровољног здравственог осигурања

Члан 9.

Републички завод може да организује и спроводи добровољно здравствено осигурање у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање и овом уредбом.

Добровољно здравствено осигурање може да организује и спроводи друштво за осигурање, које је добило дозволу за обављање послова осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање, под условима прописаним законом и овом уредбом.

Добијање дозволе

Члан 10.

Народна банка Србије издаје дозволу за обављање послова добровољног здравственог осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање друштву за осигурање коме је Министарство дало позитивно мишљење о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања из члана 30. ове уредбе.

Давалац осигурања дужан је да предлог измена и допуна, односно предлог нових правила о добровољном здравственом осигурању из члана 25. Уредбе достави Министарству здравља (у даљем тексту: Министарство) на мишљење.

Ако Министарство утврди да је друштво за осигурање престало да испуњава услове за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања из члана 30. Уредбе, обавестиће о томе Народну банку Србије ради предузимања одговарајућих мера из њене надлежности, прописаних законом којим се уређује осигурање.

Мишљење из става 2. овог члана друштво за осигурање дужно је да, уз одговарајуће акте пословне политике из члана 25. Уредбе, достави Народној банци Србије у року од 15 дана од дана добијања мишљења.

Мишљење о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања

Члан 11.

Министарство даје претходно мишљење о испуњености услова за организовање и обављање одређене врсте добровољног здравственог осигурања у складу са овом уредбом.

Захтев за давање мишљења из става 1. овог члана садржи податке о даваоцу осигурања и врсти добровољног здравственог осигурања које планира да организује и спроводи, односно комбинацији врста добровољног здравственог осигурања.

Уз захтев из става 2. овог члана доставља се:

1) предлог правила о добровољном здравственом осигурању из члана 25. ове уредбе;

2) копија дозволе Народне банке Србије о обављању послова осигурања за друштва за осигурање која су добила дозволу за обављање послова осигурања у складу са законом којим се уређује осигурање, односно одлука Републичког завода о организовању и спровођењу добровољног здравственог осигурања;

3) други докази о испуњености услова за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања.

Обавезност закључивања уговора о добровољном здравственом осигурању са уговарачем

Члан 12.

Давалац осигурања обавезан је да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, односно да закључи уговор за сва лица за која уговарач искаже јасну намеру да са тим даваоцем осигурања закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, под условима прописаним овом уредбом, без обзира на ризик којем је осигураник изложен, односно без обзира на године живота, пол и здравствено стање осигураника.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује давалац осигурања са уговарачем осигурања, односно осигураником.

Уговор из става 2. овог члана може да се закључи и за чланове породице осигураника.

Ако уговарач и осигураник нису исто лице, за уговарање добровољног здравственог осигурања потребна је писмена сагласност осигураника, осим код колективног осигурања.

Забрана тражења генетских података

Члан 13.

Забрањено је да давалац осигурања приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању тражи генетске податке, односно резултате генетских тестова за одређене наследне болести за лице које искаже јасну намеру да жели са тим даваоцем осигурања да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, као и за његове сроднике без обзира на линију и степен сродства.

Раскид уговора о добровољном здравственом осигурању

Члан 14.

Давалац осигурања не сме да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен, осим у случају неплаћања уговорене премије.

Изузетно од става 1. овог члана давалац осигурања може пре истека рока на који је уговор закључен да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању за лице коме је у току трајања уговора престао статус обавезно осигураног лица за добровољно здравствено осигурање из члана 30. став 1. тач. 1) и 2) ове уредбе.

Саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању

Члан 15.

Саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању су општи и посебни услови добровољног здравственог осигурања.

Члан 16.

Општи услови добровољног здравственог осигурања садрже:

- 1) права и обавезе даваоца осигурања, уговарача и осигураника;
- 2) трајање добровољног здравственог осигурања;
- 3) опште одредбе о премији осигурања;
- 4) услове за уговарање и спровођење добровољног здравственог осигурања;
- 5) врсту осигурања;
- 6) ризике покривене осигурањем;
- 7) друге услове од значаја за добровољно здравствено осигурање, у складу са законом којим се уређује осигурање и овом уредбом.

Претходна понуда за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању

Члан 17.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: понуда), коју даје лице које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, односно уговарач даваоцу осигурања.

Понуда из става 1. овог члана садржи битне податке о уговорним странама, односно о осигураницима, датум почетка осигурања, период чекања осигурања, као и датум завршетка осигурања, износ и рокове плаћања премије осигурања, максимално уговорене осигуране суме по ризицима покрића и друге битне елементе за уговарање осигурања.

Давалац осигурања понуду из става 1. овог члана штампа на обрасцима.

Ако се закључује уговор о врсти добровољног здравственог осигурања из члана 30. став 1. тач. 1) и 2) Уредбе, понуда садржи и лични број осигураника из обавезног здравственог осигурања.

У случају колективног осигурања уговарач може поднети јединствену понуду која садржи податке о сваком појединачном лицу које жели да се осигура на добровољно здравствено осигурање код даваоца осигурања.

Садржај полисе осигурања

Члан 18.

Полиса осигурања садржи:

- 1) име и презиме осигураника или уговарача, односно назив уговарача;
- 2) пребивалиште, односно боравиште и адресу становања осигураника, односно седиште уговарача;
- 3) јединствени матични број грађана, односно ПИБ уговарача осигурања;
- 4) назив даваоца осигурања;
- 5) адресу даваоца осигурања;
- 6) врсту полисе осигурања, као и права која се обезбеђују добровољним здравственим осигурањем (осигуравајуће покриће);
- 7) суму осигурања;
- 8) износ премије, начин и услове плаћања премије;
- 9) позив на тарифу по којој је премија обрачуната;
- 10) број полисе осигурања;
- 11) број понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању;
- 12) потпис овлашћеног лица код даваоца осигурања;
- 13) потпис осигураника, односно уговарача;
- 14) дан почетка осигурања и рок важења полисе осигурања;
- 15) место и датум издавања полисе осигурања;
- 16) друге податке у складу са законом.

После пријема осигураника у добровољно здравствено осигурање, у полису осигурања уноси се број понуде осигурања.

На последњој страни полисе осигурања штампају се општи услови врсте добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи давалац осигурања или се образац посебно одштампаних општих услова даје осигуранику, односно уговарачу који њихов пријем потврђује потписом.

Издавање полисе осигурања

Члан 19.

Давалац осигурања издаје полису осигурања даном потписивања уговора за сваког осигураника за кога је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

Полиса осигурања сачињава се у најмање два примерка од којих се један примерак издаје осигуранику, односно уговарачу, а други задржава давалац осигурања.

Обезбеђивање истог обима, садржаја и стандарда у оквиру добровољног здравственог осигурања

Члан 20.

Давалац осигурања дужан је да за све осигуранике, у складу са овом уредбом, обезбеди исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединачних врста добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи, односно пакета које нуди у оквиру одређене врсте добровољног здравственог осигурања.

Заштита права осигураних лица у добровољном здравственом осигурању

Члан 21.

Осигураник добровољног здравственог осигурања коме је ускраћено право на здравствену заштиту, односно који није задовољан пружањем здравствених услуга обухваћених добровољним здравственим осигурањем у здравственој установи, приватној пракси, односно код другог даваоца здравствених услуга, може поднети приговор здравственом раднику који руководи процесом рада или лицу запосленом у здравственој установи које обавља послове заштите пацијентових права (у даљем тексту: заштитник пацијентових права) у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, односно оснивачу приватне праксе, односно надлежном лицу код другог даваоца здравствене услуге.

Приговор се подноси усмено на записник или писмено.

По приговору из става 2. овог члана заштитник пацијентових права, оснивач приватне праксе, односно надлежно лице код другог даваоца здравствених услуга, одмах, а најкасније у року од пет дана од дана подношења приговора, утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у приговору.

О свом налазу, одмах а најкасније у року од три дана, заштитник пацијентових права обавештава руководиоца организационе јединице и директора здравствене установе, као и подносиоца приговора.

О свом налазу, одмах а најкасније у року од три дана оснивач приватне праксе, односно надлежно лице код другог даваоца здравствених услуга обавештава подносиоца приговора.

Осигураник добровољног здравственог осигурања који је незадовољан налазом по приговору може се, у складу са законом, обратити здравственој инспекцији, односно даваоцу осигурања који је закључио уговор са здравственом установом, приватном праксом, односно другим даваоцем здравствених услуга ради предузимања мера прописаних законом, односно утврђених уговором.

Исправа на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања

Члан 22.

Давалац осигурања дужан је да сваком осигуранику изда исправу на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања даном издавања полисе осигурања, а најкасније у року од 60 дана.

Код уговора о добровољном здравственом осигурању који се закључују на рок од 90 дана осигураник права из добровољног здравственог осигурања остварује на основу полисе осигурања.

Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу исправе о добровољном здравственом осигурању, а изузетно на основу полисе осигурања до момента добијања исправе о добровољном здравственом осигурању из става 1. овог члана.

Права из добровољног здравственог осигурања остварују се од дана наведеног у полиси осигурања.

Осигураник који је укључен у добровољно здравствено осигурање за остваривање права из добровољног здравственог осигурања дужан је да здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга да на увид исправу на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања.

Премија осигурања

Члан 23.

Уговарач је дужан да даваоцу осигурања плаћа премију осигурања у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања.

Висину премије осигурања одређује давалац осигурања у складу са Законом и овом уредбом.

Давалац осигурања не може повећати висину премије осигурања у периоду за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

Изузетно од става 3. овог члана код уговора закључених на више година премија осигурања може се променити после истека периода од 12 месеци од дана закључивања уговора о добровољном здравственом осигурању, односно на сваких 12 месеци до истека рока на који је уговор о осигурању закључен.

Средства добровољног здравственог осигурања

Члан 24.

Давалац осигурања води средства добровољног здравственог осигурања по врстама осигурања које спроводи одвојено на посебним рачунима, односно одвојено од средстава и рачуна обавезног здравственог осигурања, односно од других средстава осигуравајућег друштва, у складу са законом.

Правила о добровољном здравственом осигурању

Члан 25.

Давалац осигурања доноси правила о добровољном здравственом осигурању којим се уређују:

- 1) услови и начин организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања у складу са овом уредбом;
- 2) општи и посебни услови за врсте добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи;
- 3) врста полисе у зависности од врсте добровољног здравственог осигурања и права која се обезбеђују добровољним здравственим осигурањем;
- 4) висина премије за поједине врсте добровољног здравственог осигурања, односно полисе осигурања;
- 5) услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању са осигураником, односно са уговарачем, као и за раскид уговора;
- 6) услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању за чланове породице осигураника, као и колективног осигурања;
- 7) права и дужности осигураника, односно уговарача;
- 8) садржај и изглед исправе о добровољном здравственом осигурању;
- 9) обрасци које ће давалац осигурања употребљавати у спровођењу добровољног здравственог осигурања;
- 10) друга питања од значаја за организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања.

Акте из става 1. овог члана давалац осигурања обавезан је да ажуриране објављује на својој званичној интернет страници, као и да их учини доступним у писменом облику на свим продајним местима даваоца осигурања или на други адекватан начин.

Закључивање уговора даваоца осигурања са здравственом установом, приватном праксом, односно другим даваоцем здравствених услуга

Члан 26.

Давалац осигурања дужан је да закључи уговор са здравственом установом из Уредбе о Плану мреже здравствених установа (у даљем тексту: План мреже), односно са другом здравственом установом, приватном праксом и другим даваоцем здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима из добровољног здравственог осигурања, у складу са овом уредбом.

Изузетно од става 1. овог члана давалац осигурања није у обавези да закључи уговор из става 1. овог члана са другом здравственом установом, приватном праксом, односно са другим даваоцем здравствених услуга ако је са осигураником, односно са уговарачем уговорио да ће на рачун осигураника уплаћивати у целини трошкове, односно део трошкова које је осигураник имао остваривањем права из добровољног здравственог осигурања или му исплаћивати утврђену новчану накнаду.

Давалац осигурања који закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, за време боравка осигураника у иностранству, није у обавези да закључи уговор са иностраном здравственом установом, односно другим даваоцем здравствених услуга.

Уговором из става 1. овог члана уређују се међусобни односи уговорних страна, и то: услови под којима здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга пружа здравствене услуге осигураницима добровољног здравственог осигурања, односно обезбеђује друга права из добровољног здравственог осигурања; обавезе даваоца осигурања према здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања; трошкови које надокнађује давалац осигурања здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга за пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања; висина средстава за амортизацију основних средстава; начин фактурисања; садржај фактуре; рокови за слање фактура и плаћање; накнада трошкова у вези са фактурисањем услуга даваоцу осигурања; као и друга питања од значаја за спровођење добровољног здравственог осигурања, у складу са овом уредбом.

Здравствена установа из Плана мреже дужна је да копију потписаног уговора о пружању здравствених услуга са даваоцем осигурања достави Министарству у року од 15 дана од дана потписивања, односно измене или допуне уговора.

Здравствена установа из Плана мреже може да закључи уговор о пружању здравствених услуга са даваоцем осигурања под условом да се здравствене услуге из добровољног здравственог осигурања пружају организовањем и спровођењем допунског рада здравствених радника у здравственој установи, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона.

Остваривање права из добровољног здравственог осигурања

Члан 27.

Обавезе даваоца осигурања теку почев од двадесетчетвртог часа дана који је наведен у полиси осигурања као дан почетка добровољног здравственог осигурања, под условом да је плаћена премија осигурања, односно рата премије осигурања, па све до свршетка последњег дана рока за који је осигурање уговорено који је наведен у полиси осигурања.

Давалац осигурања дужан је да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање права из добровољног здравственог осигурања у складу са уговором, односно полисом осигурања у здравственој установи, приватној пракси, односно код другог даваоца здравствених услуга.

Давање информација

Члан 28.

Давалац осигурања дужан је да осигуранику благовремено да све информације, као и потребну документацију, односно изводе из документације коју давалац осигурања води, а који се односе на спровођење добровољног здравственог осигурања и које су од значаја за остваривање права из добровољног здравственог осигурања, као и информације код којих здравствених установа, приватне праксе, односно других давалаца здравствених услуга може да оствари права из добровољног здравственог осигурања, осим информација које представљају пословну тајну у складу са законом.

Информације из става 1. овог члана давалац осигурања даје осигуранику без плаћања накнаде.

Давалац осигурања дужан је да на захтев Министарства достави, односно да на увид све тражене информације и податке у вези са спровођењем добровољног здравственог осигурања, односно извештаје и податке о спровођењу добровољног здравственог осигурања.

Престанак обавезе даваоца осигурања

Члан 29.

Ако уговарач не уплати доспелу уговорену премију осигурања, односно рату премије осигурања, престаје обавеза даваоца осигурања на покривање трошкова, односно дела трошкова за пружање здравствених услуга које су обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања, истеком рока од 30 дана од дана када је уговарачу уручено писмено обавештење о доспелим и неуплаћеним премијама осигурања.

После истека рока из става 1. овог члана давалац осигурања може да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању без накнадног отказног рока и да покрене поступак наплате доспелих премија са припадајућом каматом пред надлежним судом.

III. ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 30.

Врсте добровољног здравственог осигурања су:

1) паралелно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона;

2) додатно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала и имплантата, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања, односно осигурање на већи садржај, обим и стандард права, као и износ новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем;

3) приватно здравствено осигурање је осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која се нису укључила у обавезно здравствено осигурање, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са даваоцем осигурања.

Друштво за осигурање може да организује и спроводи врсте добровољног здравственог осигурања из става 1. овог члана.

Републички завод може да организује и спроводи врсте добровољног здравственог осигурања из става 1. тач. 1) и 2) овог члана.

Под добровољним здравственим осигурањем у смислу става 1. овог члана сматра се и врста добровољног здравственог осигурања које се уговара за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време боравка у иностранству, ако се то осигурање пружа као једина услуга у складу са законом.

Члан 31.

Својство осигураника у паралелном и додатном здравственом осигурању може да стекне лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању.

Члан 32.

Друштво за осигурање може да организује и спроводи и комбинацију врста добровољног здравственог осигурања из члана 30. ове уредбе.

Републички завод може да организује и спроводи и комбинацију врста добровољног здравственог осигурања из члана 30. тач. 1) и 2) ове уредбе.

Паралелно здравствено осигурање

Члан 33.

Давалац осигурања дужан је да паралелно здравствено осигурање организује и спроводи као дугорочно осигурање у складу са овом уредбом и то само за период за који траје обавезно здравствено осигурање осигураног лица у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.

Члан 34.

Узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија паралелног здравственог осигурања једног даваоца осигурања мора да буде једнака за све осигуранике тог паралелног здравственог осигурања који имају исти степен ризика.

Члан 35.

Давалац осигурања у оквиру паралелног здравственог осигурања дужан је да за осигураника здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга покрије у целини износ трошкова који су настали остваривањем права из паралелног здравственог осигурања, односно да покрије део тих трошкова у складу са уговором, односно полисом осигурања.

Изузетно од става 1. овог члана давалац осигурања може уговорити са осигураником, односно другим уговарачем да се износ плаћања трошкова из става 1. овог члана исплаћује осигуранику на рачун, у року од 14 дана од дана подношења захтева осигураника даваоцу осигурања, а што се уноси у уговор и полису осигурања.

Члан 36.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга са којима је Републички завод закључио уговор о пружању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања могу закључити уговор са даваоцем осигурања о пружању здравствене заштите која је обухваћена паралелним здравственим осигурањем за оне капацитете за које није закључен уговор са Републичким заводом, односно за вишак капацитета у погледу кадра, простора и опреме.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга који су закључили уговор из става 1. овог члана са даваоцем осигурања, здравствену заштиту обухваћену паралелним здравственим осигурањем могу да пружају искључиво ван уговореног радног времена са Републичким заводом, односно на начин који не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 37.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга доноси одлуку о закључивању уговора са даваоцем осигурања о пружању здравствене заштите која је обухваћена паралелним здравственим осигурањем.

Члан 38.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга дужни су да осигураницима који су укључени у паралелно здравствено осигурање пруже здравствене услуге без плаћања трошкова остваривања здравствене заштите која је обухваћена паралелним здравственим осигурањем, односно без плаћања дела тих трошкова у складу са уговором, односно полисом осигурања, осим у случају из члана 35. став 2. ове уредбе.

Додатно здравствено осигурање

Члан 39.

Давалац осигурања дужан је да додатно здравствено осигурање организује и спроводи као дугорочно осигурање у складу са овом уредбом и то само за период за који траје обавезно здравствено осигурање осигураног лица у складу са законом којим се уређује обавезно здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.

Члан 40.

Узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија додатног здравственог осигурања једног даваоца осигурања мора да буде једнака за све осигуранике тог додатног здравственог осигурања који имају исти степен ризика.

Члан 41.

Давалац осигурања у оквиру додатног здравственог осигурања дужан је да за осигураника здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга покрије у целини износ трошкова који су настали остваривањем права из додатног здравственог осигурања, односно да покрије део тих трошкова у складу са уговором, односно полисом осигурања.

Изузетно од става 1. овог члана давалац осигурања може уговорити са осигураником, односно другим уговарачем да се износ плаћања трошкова из става 1. овог

члана исплаћује осигуранику на рачун, у року од 14 дана од дана подношења захтева осигураника даваоцу осигурања, а што се уноси у уговор и полису осигурања.

Члан 42.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга са којима је Републички завод закључио уговор о пружању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања могу закључити уговор са даваоцем осигурања о пружању здравствене заштите која је обухваћена додатним здравственим осигурањем за оне капацитете за које није закључен уговор са Републичким заводом, односно за вишак капацитета у погледу кадра, простора и опреме.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга који су закључили уговор из става 1. овог члана са даваоцем осигурања, здравствену заштиту обухваћену додатним здравственим осигурањем могу да пружају искључиво ван уговореног радног времена са Републичким заводом, односно на начин којим се не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 43.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга, доноси одлуку о закључивању уговора са даваоцем осигурања о пружању здравствене заштите која је обухваћена додатним здравственим осигурањем.

Члан 44.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга дужни су да осигураницима који су укључени у додатно здравствено осигурање пруже здравствене услуге без плаћања трошкова остваривања здравствене заштите која је обухваћена додатним здравственим осигурањем, односно без плаћања дела тих трошкова у складу са уговором, односно полисом осигурања, осим у случају из члана 41. став 2. ове уредбе.

Приватно здравствено осигурање

Члан 45.

Давалац осигурања дужан је да приватно здравствено осигурање организује и спроводи као дугорочно осигурање у складу са овом уредбом.

Приватно здравствено осигурање може се уговорити на период краћи од 12 месеци.

Члан 46.

Давалац осигурања дужан је да закључи уговор о приватном здравственом осигурању са лицем, односно за лице за које уговарач искаже јасну намеру да са тим даваоцем осигурања закључи уговор о приватном здравственом осигурању, под условима прописаним овом уредбом.

Члан 47.

Узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија приватног здравственог осигурања једног даваоца осигурања мора да буде једнака за све осигуранике тог приватног здравственог осигурања који имају исти степен ризика.

Члан 48.

Давалац осигурања у оквиру приватног здравственог осигурања дужан је да за осигураника здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга покрије у целини износ трошкова који су настали остваривањем права из приватног здравственог осигурања, односно део тих трошкова у складу са уговором о осигурању, односно полисом осигурања.

Изузетно од става 1. овог члана давалац осигурања може уговорити са осигураником, односно другим уговарачем да се износ плаћања трошкова из става 1. овог члана исплаћује осигуранику на рачун, у року од 14 дана од дана подношења захтева осигураника даваоцу осигурања, а што се уноси у уговор о осигурању и полису осигурања.

Члан 49.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга са којима је Републички завод закључио уговор о пружању здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања могу закључити уговор са даваоцем осигурања о пружању здравствених услуга које су обухваћене приватним здравственим осигурањем за оне капацитете за које није закључен уговор са Републичким заводом, односно за вишак капацитета у погледу кадра, простора и опреме.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга који су закључили уговор из става 1. овог члана са даваоцем осигурања, здравствену заштиту обухваћену приватним здравственим осигурањем могу да пружају искључиво ван уговореног радног времена са Републичким заводом, односно на начин којим се не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

Члан 50.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга, доноси одлуку о закључивању уговора са даваоцем осигурања о пружању здравствене заштите која је обухваћена приватним здравственим осигурањем.

Члан 51.

Здравствена установа, приватна пракса, односно други давалац здравствених услуга дужни су да осигураницима који су укључени у приватно здравствено осигурање пруже здравствену заштиту без плаћања трошкова остваривања здравствене заштите

која је обухваћена приватним здравственим осигурањем, односно без плаћања дела тих трошкова у складу са уговором о осигурању, односно полисом осигурања, осим у случају из члана 48. став 2. ове уредбе.

IV. КАЗНЕНЕ ОДРЕДБЕ

Прекршаји

Члан 52.

Новчаном казном од 500.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај давалац осигурања ако:

1) почне да обавља послове добровољног здравственог осигурања без позитивног мишљења Министарства о испуњености услова за организовање и обављање одређене врсте добровољног здравственог осигурања (члан 10);

2) не закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, односно за сва лица за која уговорач искаже јасну намеру да са тим даваоцем осигурања закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, под условима прописаним овом уредбом, без обзира на ризик коме је осигураник изложен, односно без обзира на године живота, пол и здравствено стање осигураника (члан 12);

3) приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању тражи генетске податке, односно резултате генетских тестова за одређене наследне болести лица које искаже јасну намеру да жели са тим даваоцем осигурања да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, као и за његове сроднике без обзира на линију и степен сродства (члан 13);

4) раскине уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен (члан 14. став 1);

5) за све осигуранике, у складу са овом уредбом, не обезбеди исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединачних врста добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи, односно пакета које нуди у оквиру одређене врсте добровољног здравственог осигурања (члан 20);

6) на прописан начин, осигуранику не изда исправу којом се остварују права из добровољног здравственог осигурања (члан 22. став 1);

7) повећа висину премије здравственог осигурања у периоду за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању у складу са овом уредбом (члан 23. став 3);

8) не закључи уговор са здравственом установом, приватном праксом, односно другим даваоцем здравствених услуга за пружање здравствене заштите која је обухваћена добровољним здравственим осигурањем (члан 26. став 1);

9) осигуранику добровољног здравственог осигурања не обезбеди остваривање права из добровољног здравственог осигурања у складу са уговором, односно полисом осигурања у здравственој установи, приватној пракси, односно код другог даваоца здравствених услуга (члан 27. став 2);

10) осигуранику благовремено не да све информације, као и потребну документацију, односно изводе из документације коју давалац осигурања води, а који се односе на спровођење добровољног здравственог осигурања и које су од значаја за остваривање права из добровољног здравственог осигурања, као и информације код

којих здравствених установа, приватне праксе, односно других давалаца здравствених услуга може да оствари права из добровољног здравственог осигурања, осим информација које представљају пословну тајну у складу са законом, односно ако те информације не даје без плаћања накнаде, односно ако на захтев Министарства не достави, односно не да на увид све тражене информације и податке у вези са спровођењем добровољног здравственог осигурања, односно извештаје и податке о спровођењу добровољног здравственог осигурања (члан 28);

11) утврди својство осигураника у паралелном и додатном здравственом осигурању лицу које нема својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању (члан 31);

12) не утврди висину премије паралелног, додатног и приватног здравственог осигурања на прописан начин (чл. 34, 40. и 47);

13) не покрије износ трошкова који су настали остваривањем права из паралелног, додатног и приватног здравственог осигурања, на прописан начин (чл. 35, 41. и 48).

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

Ако се извршењем прекршаја из става 1. овог члана нанесе материјална штета осигуранику, односно уговарачу, односно здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга, може се изрећи заштитна мера - забрана вршења делатности правном лицу, односно забрана вршења одређених послова одговорном лицу у правном лицу у складу са законом.

Члан 53.

Новчаном казном од 300.000 до 1.000.000 динара казниће се за прекршај здравствена установа, односно други давалац здравствених услуга, ако:

1) не достави Министарству потписану копију уговора о добровољном здравственом осигурању на увид, односно ако се здравствене услуге из добровољног здравственог осигурања пружају ван допунског рада здравствених радника у здравственој установи у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона (члан 26. ст. 5. и 6);

2) закључе уговор са даваоцем осигурања о пружању здравствене заштите која је обухваћена паралелним, односно додатним, односно приватним здравственим осигурањем за оне капацитете за које је закључен уговор са Републички заводом за остваривање права из обавезног здравственог осигурања у погледу кадра, простора и опреме, односно ако ту здравствену заштиту не пружају искључиво ван уговореног радног времена са Републичким заводом, односно на начин који не угрожава пружање здравствених услуга на терет средстава обавезног здравственог осигурања (чл. 36, 42. и 49);

3) осигураницима који су укључени у паралелно, односно додатно, односно приватно здравствено осигурање не пружају здравствене услуге уз плаћање трошкова остваривања здравствене заштите која је обухваћена тим осигурањем, односно уз плаћање дела тих трошкова у складу са уговором, односно полисом осигурања (чл. 38, 44. и 51).

Новчаном казном од 300.000 до 500.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и предузетник.

Новчаном казном од 40.000 до 50.000 динара за прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у правном лицу.

V. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 54.

Друштво за осигурање које организује и спроводи добровољно здравствено осигурање на дан ступања на снагу ове уредбе ускладиће организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања са одредбама ове уредбе најкасније до 31. децембра 2009. године.

Члан 55.

Уговори о добровољном здравственом осигурању закључени до дана ступања на снагу ове уредбе, односно полисе добровољног здравственог осигурања издате до дана ступања на снагу ове уредбе, у складу са законом којим се уређује осигурање, остају на снази до дана истека рока важења полисе осигурања, односно до дана истека рока важења закљученог уговора, а најкасније до 31. децембра 2010. године.

Члан 56.

Ова уредба ступа на снагу наредног дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.