

UREDBA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU
(PREČIŠĆEN TEKST)¹
Sl. glasnik RS br. 108/08, 49/09

I. OSNOVNE ODREDBE
Predmet Uredbe

Član 1.

Ovom uredbom uređuju se vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi, način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Pravni subjekti koji obavljaju delatnost osiguranja.

Član 2.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može organizovati i sprovesti Republički zavod za zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Republički zavod) i pravna lica koja obavljaju delatnost osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje (u daljem tekstu: društvo za osiguranje).

Primena propisa

Član 3.

Ako je dobrovoljno zdravstveno osiguranje na drukčiji način uređeno drugim zakonom, primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i ova uredba.

Ako zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i ovom uredbom nije drukčije uređeno, na organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuje osiguranje.

Na odnose između ugovornih strana u organizaciji i sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja primenjuju se odredbe zakona kojim se uređuju obligacioni odnosi i ova uredba.

Značenje upotrebljenih izraza

Član 4.

Izrazi upotrebljeni u ovoj uredbi imaju sledeće značenje:

Prečišćen tekst zaključno sa izmenama iz Sl. gl. RS br. 49/09 koje su u primeni od 04.07.2009.g

1) Davalac osiguranja je, u skladu sa zakonom, Republički zavod i društvo za osiguranje koji organizuju i sprovode dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

2) Osiguranik je fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;

3) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;

4) Premija osiguranja je novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja davaocu osiguranja;

5) Polisa osiguranja je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja;

6) Kolektivno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa davaocem osiguranja koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i davalac osiguranja mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

7) Zdravstvene usluge su usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi sprovođenja mera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, lečenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;

¹ Prečišćen tekst zaključno sa izmenama iz Sl. Glasnika RS br. 49/09 koje su u primeni od 04.07.2009.g.

- 8) Zdravstvena ustanova je pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koja je dobila dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
- 9) Privatna praksa je drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
- 10) Drugi davaoci zdravstvenih usluga su druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko- tehnička pomagala, a koji su dobili dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
- 11) Lek je proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;
- 12) Medicinsko-tehnička pomagala su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;
- 12a) Implantat je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- 13) Novčane naknade su naknade koje davalac osiguranja obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 14) Dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je datum upisan u polisu osiguranja od koga počinje ostvarivanje prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 15) Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je dokument koji osiguraniku izdaje davalac osiguranja na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

II. USLOVI, NAČIN I POSTUPAK ORGANIZOVANJA I SPROVOĐENJA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Grupa poslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 5.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je vrsta neživotnog osiguranja.

Član 6.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovara se kao dugoročno osiguranje, na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja osim ako ovom uredbom drukčije nije uređeno, kao i u slučaju kada svojstvo obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka osiguranika u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu, može trajati i kraće.

Ograničenje pri organizovanju i sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 7.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje davalac osiguranja ne može organizovati i sprovoditi za identičnu vrstu, sadržaj, obim, standard, način i postupak ostvarivanja prava koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem koje je propisano zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ne može se organizovati i sprovoditi za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema republičkom programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti.

Neprenosivost prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 8.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasljeđivati.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, novčane naknade koje su dospjele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenih dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se nasljeđivati.

Obavljanje poslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 9.

Republički zavod može da organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonom kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje i ovom uredbom.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može da organizuje i sprovodi društvo za osiguranje, koje je dobilo dozvolu za obavljanje poslova osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje, pod uslovima propisanim zakonom i ovom uredbom.

Dobijanje dozvole

Član 10.

Narodna banka Srbije izdaje dozvolu za obavljanje poslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje društvu za osiguranje kome je Ministarstvo dalo pozitivno mišljenje o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. ove uredbe.

Davalac osiguranja dužan je da predlog izmena i dopuna, odnosno _____ predlog novih pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz člana 25. Uredbe dostavi Ministarstvu zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) na mišljenje. Ako Ministarstvo utvrdi da je društvo za osiguranje prestalo da ispunjava uslove za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. Uredbe, obavestiće o tome Narodnu banku Srbije radi preduzimanja odgovarajućih mera iz njene nadležnosti, propisanih zakonom kojim se uređuje osiguranje.

Mišljenje iz stava 2. ovog člana društvo za osiguranje dužno je da, uz odgovarajuće akte poslovne politike iz člana 25. Uredbe, dostavi Narodnoj banci Srbije u roku od 15 dana od dana dobijanja mišljenja.

Mišljenje o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 11.

Ministarstvo daje prethodno mišljenje o ispunjenosti uslova za organizovanje i obavljanje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovom uredbom.

Zahtev za davanje mišljenja iz stava 1. ovog člana sadrži podatke o davaocu osiguranja i vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje planira da organizuje i sprovodi, odnosno kombinaciji vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Uz zahtev iz stava 2. ovog člana dostavlja se:

- 1) predlog pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz člana 25. ove uredbe;
- 2) kopija dozvole Narodne banke Srbije o obavljanju poslova osiguranja za društva za osiguranje koja su dobila dozvolu za obavljanje poslova osiguranja u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje, odnosno odluka Republičkog zavoda o organizovanju i sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) drugi dokazi o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Obaveznost zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa ugovaračem

Član 12.

Davalac osiguranja obavezan je da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno da zaključi ugovor za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru da sa tim davaocem osiguranja zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, pod uslovima propisanim ovom uredbom, bez obzira na rizik kojem je osiguranik izložen, odnosno bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje osiguranika. Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje davalac osiguranja sa ugovaračem osiguranja, odnosno osiguranikom. Ugovor iz stava 2. ovog člana može da se zaključi i za članove porodice osiguranika. Ako ugovarač i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.

Zabrana traženja genetskih podataka

Član 13.

Zabranjeno je da davalac osiguranja prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da želi sa tim davaocem osiguranja da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

Raskid ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 14.

Davalac osiguranja ne sme da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, osim u slučaju neplaćanja ugovorene premije.

Izuzetno od stava 1. ovog člana davalac osiguranja može pre isteka roka na koji je ugovor zaključen da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za lice kome je u toku trajanja ugovora prestao status obavezno osiguranog lica za dobrovoljno zdravstveno osiguranje iz člana 30. stav 1. tač. 1) i 2) ove uredbe.

Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 15.

Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su opšti i posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 16.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrže:

- 1) prava i obaveze davaoca osiguranja, ugovarača i osiguranika;
- 2) trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) opšte odredbe o premiji osiguranja;
- 4) uslove za ugovaranje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 5) vrstu osiguranja;
- 6) rizike pokrivene osiguranjem;
- 7) druge uslove od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i ovom uredbom.

Prethodna ponuda za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 17.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda), koju daje lice koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno ugovarač davaocu osiguranja.

Ponuda iz stava 1. ovog člana sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno o osiguranicima, datum početka osiguranja, period čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene osigurane sume po rizicima pokrivača i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.

Davalac osiguranja ponudu iz stava 1. ovog člana štampa na obrascima.

Ako se zaključuje ugovor o vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. stav 1. tač. 1) i 2) Uredbe, ponuda sadrži i lični broj osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura na dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod davaoca osiguranja.

Sadržaj polise osiguranja

Član 18.

Polisa osiguranja sadrži:

- 1) ime i prezime osiguranika ili ugovarača, odnosno naziv ugovarača;
- 2) prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja osiguranika, odnosno sedište ugovarača;
- 3) jedinstveni matični broj građana, odnosno PIB ugovarača osiguranja;

- 4) naziv davaoca osiguranja;
- 5) adresu davaoca osiguranja;
- 6) vrstu polise osiguranja, kao i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem (osiguravajuće pokriće);
- 7) sumu osiguranja;
- 8) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- 9) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- 10) broj polise osiguranja;
- 11) broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 12) potpis ovlašćenog lica kod davaoca osiguranja;
- 13) potpis osiguranika, odnosno ugovarača;
- 14) dan početka osiguranja i rok važenja polise osiguranja;
- 15) mesto i datum izdavanja polise osiguranja;
- 16) druge podatke u skladu sa zakonom.

Posle prijema osiguranika u dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u polisu osiguranja unosi se broj ponude osiguranja.

Na poslednjoj strani polise osiguranja štampaju se opšti uslovi vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi davalac osiguranja ili se obrazac posebno odštampanih opštih uslova daje osiguraniku, odnosno ugovaraču koji njihov prijem potvrđuje potpisom.

Izdavanje polise osiguranja

Član 19.

Davalac osiguranja izdaje polisu osiguranja danom potpisivanja ugovora za svakog osiguranika za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Polisa osiguranja sačinjava se u najmanje dva primerka od kojih se jedan primerak izdaje osiguraniku, odnosno ugovaraču, a drugi zadržava davalac osiguranja.

Obezbeđivanje istog obima, sadržaja i standarda u okviru dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 20.

Davalac osiguranja dužan je da za sve osiguranike, u skladu sa ovom uredbom, obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinačnih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi, odnosno paketa koje nudi u okviru određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zaštita prava osiguranih lica u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 21.

Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kome je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu, odnosno koji nije zadovoljan pružanjem zdravstvenih usluga obuhvaćenih dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, može podneti prigovor zdravstvenom radniku koji rukovodi procesom rada ili licu zaposlenom u zdravstvenoj ustanovi koje obavlja poslove zaštite pacijentovih prava (u daljem tekstu: zaštitnik pacijentovih prava) u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno osnivaču privatne prakse, odnosno nadležnom licu kod drugog davaoca zdravstvene usluge.

Prigovor se podnosi usmeno na zapisnik ili pismeno.

Po prigovoru iz stava 2. ovog člana zaštitnik pacijentovih prava, osnivač privatne prakse, odnosno nadležno lice kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, odmah, a najkasnije u roku od pet dana od dana podnošenja prigovora, utvrđuje sve bitne okolnosti i činjenice u vezi sa navodima iznetim u prigovoru. O svom nalazu, odmah a najkasnije u roku od tri dana, zaštitnik pacijentovih prava obaveštava rukovodioca organizacione jedinice i direktora zdravstvene ustanove, kao i podnosioca prigovora. O svom nalazu, odmah a najkasnije u roku od tri dana osnivač privatne prakse, odnosno nadležno lice kod drugog davaoca zdravstvenih usluga obaveštava podnosioca prigovora.

Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji je nezadovoljan nalazom po prigovoru može se, u skladu sa zakonom, obratiti zdravstvenoj inspekciji, odnosno davaocu osiguranja koji je zaključio ugovor sa zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga radi preduzimanja mera propisanih zakonom, odnosno utvrđenih ugovorom.

Isprava na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 22.

Davalac osiguranja dužan je da svakom osiguraniku izda ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana.

Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok od 90 dana osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise osiguranja do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz stava 1. ovog člana.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se od dana navedenog u polisi osiguranja.

Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Premija osiguranja

Član 23.

Ugovarač je dužan da davaocu osiguranja plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

Visinu premije osiguranja određuje davalac osiguranja u skladu sa Zakonom i ovom uredbom.

Davalac osiguranja ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Izuzetno od stava 3. ovog člana kod ugovora zaključenih na više godina premija osiguranja može se promeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen.

Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 24.

Davalac osiguranja vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja po vrstama osiguranja koje sprovodi odvojeno na posebnim računima, odnosno odvojeno od sredstava i računa obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno od drugih sredstava osiguravajućeg društva, u skladu sa zakonom.

Pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 25.

Davalac osiguranja donosi pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojim se uređuju:

- 1) uslovi i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ovom uredbom;
- 2) opšti i posebni uslovi za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi;
- 3) vrsta polise u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem;
- 4) visina premije za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno polise osiguranja;
- 5) uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom, odnosno sa ugovaračem, kao i za raskid ugovora;
- 6) uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika, kao i kolektivnog osiguranja;
- 7) prava i dužnosti osiguranika, odnosno ugovarača;
- 8) sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 9) obrasci koje će davalac osiguranja upotrebljavati u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

10) druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Akte iz stava 1. ovog člana davalac osiguranja obavezan je da ažurirane objavljuje na svojoj zvaničnoj internet stranici, kao i da ih učini dostupnim u pismenom obliku na svim prodajnim mestima davaoca osiguranja ili na drugi adekvatan način.

Zaključivanje ugovora davaoca osiguranja sa zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga

Član 26.

Davalac osiguranja dužan je da zaključi ugovor sa zdravstvenom ustanovom iz Uredbe o Planu mreže zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Plan mreže), odnosno sa drugom zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom i drugim davaocem zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovom uredbom.

Izuzetno od stava 1. ovog člana davalac osiguranja nije u obavezi da zaključi ugovor iz stava 1. ovog člana sa drugom zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno sa drugim davaocem zdravstvenih usluga ako je sa osiguranikom, odnosno sa ugovaračem ugovorio da će na račun osiguranika uplaćivati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplaćivati utvrđenu novčanu naknadu.

Davalac osiguranja koji zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, za vreme boravka osiguranika u inostranstvu, nije u obavezi da zaključi ugovor sa inostranom zdravstvenom ustanovom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga.

Ugovorom iz stava 1. ovog člana uređuju se međusobni odnosi ugovornih strana, i to: uslovi pod kojima zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga pruža zdravstvene usluge osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno obezbeđuje druga prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; obaveze davaoca osiguranja prema zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; troškovi koje nadoknađuje davalac osiguranja zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; visina sredstava za amortizaciju osnovnih sredstava; način fakturisanja; sadržaj fakture; rokovi za slanje faktura i plaćanje; naknada troškova u vezi sa fakturisanjem usluga davaocu osiguranja; kao i druga pitanja od značaja za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa ovom uredbom.

Zdravstvena ustanova iz Plana mreže dužna je da kopiju potpisanog ugovora o pružanju zdravstvenih usluga sa davaocem osiguranja dostavi Ministarstvu u roku od 15 dana od dana potpisivanja, odnosno izmene ili dopune ugovora.

Zdravstvena ustanova iz Plana mreže može da zaključi ugovor o pružanju zdravstvenih usluga sa davaocem osiguranja pod uslovom da se zdravstvene usluge iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja pružaju organizovanjem i sprovođenjem dopunskog rada zdravstvenih radnika u zdravstvenoj ustanovi, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 27.

Obaveze davaoca osiguranja teku počev od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja, pa sve do svršetka poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno koji je naveden u polisi osiguranja.

Davalac osiguranja dužan je da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog

osiguranja obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga.

Davanje informacija

Član 28.

Davalac osiguranja dužan je da osiguraniku blagovremeno da sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju davalac osiguranja vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije kod kojih zdravstvenih ustanova, privatne prakse, odnosno drugih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.

Informacije iz stava 1. ovog člana davalac osiguranja daje osiguraniku bez plaćanja naknade.

Davalac osiguranja dužan je da na zahtev Ministarstva dostavi, odnosno da na uvid sve tražene informacije i podatke u vezi sa sprovođenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno izveštaje i podatke o sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Prestanak obaveze davaoca osiguranja

Član 29.

Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza davaoca osiguranja na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz stava 1. ovog člana davalac osiguranja može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

III. VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 30.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1) paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji su drukčiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

2) dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala i implantata, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem;

3) privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa davaocem osiguranja.

Društvo za osiguranje može da organizuje i sprovodi vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana.

Republički zavod može da organizuje i sprovodi vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. tač. 1) i 2) ovog člana.

Pod dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u smislu stava 1. ovog člana smatra se i vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se ugovara za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu, ako se to osiguranje pruža kao jedina usluga u skladu sa zakonom.

Član 31.

Svojtvo osiguranika u paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojtvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Član 32.

Društvo za osiguranje može da organizuje i sprovodi i kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. ove uredbe.

Republički zavod može da organizuje i sprovodi i kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 30. tač. 1) i 2) ove uredbe.

Paralelno zdravstveno osiguranje

Član 33.

Davalac osiguranja dužan je da paralelno zdravstveno osiguranje organizuje i sprovodi kao dugoročno osiguranje u skladu sa ovom uredbom i to samo za period za koji traje obavezno zdravstveno osiguranje osiguranog lica u skladu sa zakonom kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Član 34.

Uzimajući u obzir rizik kome je izložen osiguranik, odnosno uzimajući u obzir godine života osiguranika u momentu davanja ponude, pol, bonus, malus, zdravstveno stanje osiguranika, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, premija paralelnog zdravstvenog osiguranja jednog davaoca osiguranja mora da bude jednaka za sve osiguranike tog paralelnog zdravstvenog osiguranja koji imaju isti stepen rizika.

Član 35.

Davalac osiguranja u okviru paralelnog zdravstvenog osiguranja dužan je da za osiguranika zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga pokrije u celini iznos troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz paralelnog zdravstvenog osiguranja, odnosno da pokrije deo tih troškova u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Izuzetno od stava 1. ovog člana davalac osiguranja može ugovoriti sa osiguranikom, odnosno drugim ugovaračem da se iznos plaćanja troškova iz stava 1. ovog člana isplaćuje osiguraniku na račun, u roku od 14 dana od dana podnošenja zahteva osiguranika davaocu osiguranja, a što se unosi u ugovor i polis osiguranja.

Član 36.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga sa kojima je Republički zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu zaključiti ugovor sa davaocem osiguranja o pružanju zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena paralelnim zdravstvenim osiguranjem za one kapacitete za koje nije zaključen ugovor sa Republičkim zavodom, odnosno za višak kapaciteta u pogledu kadra, prostora i opreme.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga koji su zaključili ugovor iz stava 1. ovog člana sa davaocem osiguranja, zdravstvenu zaštitu obuhvaćenu paralelnim zdravstvenim osiguranjem mogu da pružaju isključivo van ugovorenog radnog vremena sa Republičkim zavodom, odnosno na način koji ne ugrožava pružanje zdravstvenih usluga na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 37.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga donosi odluku o zaključivanju ugovora sa davaocem osiguranja o pružanju zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena paralelnim zdravstvenim osiguranjem.

Član 38.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga dužni su da osiguranicima koji su uključeni u paralelno zdravstveno osiguranje pruže zdravstvene usluge bez plaćanja troškova ostvarivanja zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena paralelnim zdravstvenim osiguranjem, odnosno bez plaćanja dela tih troškova u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja, osim u slučaju iz člana 35. stav 2. ove uredbe.

Dodatno zdravstveno osiguranje

Član 39.

Davalac osiguranja dužan je da dodatno zdravstveno osiguranje organizuje i sprovodi kao dugoročno osiguranje u skladu sa ovom uredbom i to samo za period za koji traje obavezno zdravstveno osiguranje osiguranog lica u skladu sa zakonom kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Član 40.

Uzimajući u obzir rizik kome je izložen osiguranik, odnosno uzimajući u obzir godine života osiguranika u momentu davanja ponude, pol, bonus, malus, zdravstveno stanje osiguranika, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, premija dodatnog zdravstvenog osiguranja jednog davaoca osiguranja mora da bude jednaka za sve osiguranike tog dodatnog zdravstvenog osiguranja koji imaju isti stepen rizika.

Član 41.

Davalac osiguranja u okviru dodatnog zdravstvenog osiguranja dužan je da za osiguranika zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga pokrije u celini iznos troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja, odnosno da pokrije deo tih troškova u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Izuzetno od stava 1. ovog člana davalac osiguranja može ugovoriti sa osiguranikom, odnosno drugim ugovaračem da se iznos plaćanja troškova iz stava 1. ovog člana isplaćuje osiguraniku na račun, u roku od 14 dana od dana podnošenja zahteva osiguranika davaocu osiguranja, a što se unosi u ugovor i polis osiguranja.

Član 42.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga sa kojima je Republički zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu zaključiti ugovor sa davaocem osiguranja o pružanju zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena dodatnim zdravstvenim osiguranjem za one kapacitete za koje nije zaključen ugovor sa Republičkim zavodom, odnosno za višak kapaciteta u pogledu kadra, prostora i opreme.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga koji su zaključili ugovor iz stava 1. ovog člana sa davaocem osiguranja, zdravstvenu zaštitu obuhvaćenu dodatnim zdravstvenim osiguranjem mogu da pružaju isključivo van ugovorenog radnog vremena sa Republičkim zavodom, odnosno na način kojim se ne ugrožava pružanje zdravstvenih usluga na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 43.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga, donosi odluku o zaključivanju ugovora sa davaocem osiguranja o pružanju zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena dodatnim zdravstvenim osiguranjem.

Član 44.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga dužni su da osiguranicima koji su uključeni u dodatno zdravstveno osiguranje pruže zdravstvene usluge bez plaćanja troškova ostvarivanja zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena dodatnim zdravstvenim osiguranjem, odnosno bez plaćanja dela tih troškova u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja, osim u slučaju iz člana 41. stav 2. ove uredbe.

Privatno zdravstveno osiguranje

Član 45.

Davalac osiguranja dužan je da privatno zdravstveno osiguranje organizuje i sprovodi kao dugoročno osiguranje u skladu sa ovom uredbom.

Privatno zdravstveno osiguranje može se ugovoriti na period kraći od 12 meseci.

Član 46.

Davalac osiguranja dužan je da zaključi ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju sa licem, odnosno za lice za koje ugovarač iskaže jasnu nameru da sa tim davaocem osiguranja zaključi ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju, pod _____ uslovima propisanim ovom uredbom.

Član 47.

Uzimajući u obzir rizik kome je izložen osiguranik, odnosno uzimajući u obzir godine života osiguranika u momentu davanja ponude, pol, bonus, malus, zdravstveno stanje osiguranika, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, premija privatnog zdravstvenog osiguranja jednog davaoca osiguranja mora da bude jednaka za sve osiguranike tog privatnog zdravstvenog osiguranja koji imaju isti stepen rizika.

Član 48.

Davalac osiguranja u okviru privatnog zdravstvenog osiguranja dužan je da za osiguranika zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga pokrije u celini iznos troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz privatnog zdravstvenog osiguranja, odnosno deo tih troškova u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

Izuzetno od stava 1. ovog člana davalac osiguranja može ugovoriti sa osiguranikom, odnosno drugim ugovaračem da se iznos plaćanja troškova iz stava 1. ovog člana isplaćuje osiguraniku na račun, u roku od 14 dana od dana podnošenja zahteva osiguranika davaocu osiguranja, a što se unosi u ugovor o osiguranju i polis osiguranja.

Član 49.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga sa kojima je Republički zavod zaključio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja mogu zaključiti ugovor sa davaocem osiguranja o pružanju zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene privatnim zdravstvenim osiguranjem za one kapacitete za koje nije zaključen ugovor sa Republičkim zavodom, odnosno za višak kapaciteta u pogledu kadra, prostora i opreme.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga koji su zaključili ugovor iz stava 1. ovog člana sa davaocem osiguranja, zdravstvenu zaštitu obuhvaćenu privatnim zdravstvenim osiguranjem mogu da pružaju isključivo van ugovorenog radnog vremena sa Republičkim zavodom, odnosno na način kojim se ne ugrožava pružanje zdravstvenih usluga na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 50.

Zdravstvena _____ ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga, donosi odluku o zaključivanju ugovora sa davaocem osiguranja o pružanju zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena privatnim zdravstvenim osiguranjem.

Član 51.

Zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga dužni su da osiguranicima koji su uključeni u privatno zdravstveno osiguranje pruže zdravstvenu zaštitu bez plaćanja troškova ostvarivanja zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena privatnim zdravstvenim osiguranjem, odnosno bez plaćanja dela tih troškova u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja, osim u slučaju iz člana 48. stav 2. ove uredbe.

IV. KAZNE NE ODREDBE

Prekršaji

Član 52.

Novčanom kaznom od 500.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj davalac osiguranja ako:

- 1) počne da obavlja poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez pozitivnog mišljenja Ministarstva o ispunjenosti uslova za organizovanje i obavljanje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (član 10);
- 2) ne zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru da sa tim davaocem osiguranja zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, pod uslovima propisanim ovom uredbom, bez obzira na rizik kome je osiguranik izložen, odnosno bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje osiguranika (član 12);
- 3) prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nesledne bolesti lica koje iskaže jasnu nameru da želi sa tim davaocem osiguranja da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju , kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva (član 13);
- 4) raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen (član 14. stav 1);
- 5) za sve osiguranike, u skladu sa ovom uredbom, ne obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinačnih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi , odnosno paketa koje nudi u okviru određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (član 20);
- 6) na propisan način, osiguraniku ne izda ispravu kojom se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (član 22. stav 1);
- 7) poveća visinu premije zdravstvenog osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u skladu sa ovom uredbom (član 23. stav 3);
- 8) ne zaključi ugovor sa zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem (član 26. stav 1);
- 9) osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga (član 27. stav 2);

10) osiguraniku blagovremeno ne da sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju davalac osiguranja vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije kod kojih zdravstvenih ustanova, privatne prakse, odnosno drugih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu u skladu sa zakonom, odnosno ako te informacije ne daje bez plaćanja naknade, odnosno ako na zahtev Ministarstva ne dostavi, odnosno ne da na uvid sve tražene informacije i podatke u vezi sa sprovođenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno izveštaje i podatke o sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (član 28);

11) utvrdi svojstvo osiguranika u paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju licu koje nema svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju (član 31);

12) ne utvrdi visinu premije paralelnog, dodatnog i privatnog zdravstvenog osiguranja na propisan način (čl. 34, 40. i 47);

13) ne pokrije iznos troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz paralelnog, dodatnog i privatnog zdravstvenog osiguranja, na propisan način (čl. 35, 41. i 48).

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

Ako se izvršenjem prekršaja iz stava 1. ovog člana nanese materijalna šteta osiguraniku, odnosno ugovaraču, odnosno zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga, može se izreći zaštitna mera – zabrana vršenja delatnosti pravnom licu, odnosno zabrana vršenja određenih poslova odgovornom licu u pravnom licu u skladu sa zakonom.

Član 53.

Novčanom kaznom od 300.000 do 1.000.000 dinara kazniće se za prekršaj zdravstvena ustanova, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga, ako:

1) ne dostavi Ministarstvu potpisanu kopiju ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na uvid, odnosno ako se zdravstvene usluge iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja pružaju van dopunskog rada zdravstvenih radnika u zdravstvenoj ustanovi u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona (član 26. st. 5. i 6);

2) zakluče ugovor sa davaocem osiguranja o pružanju zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena paralelnim, odnosno dodatnim, odnosno privatnim zdravstvenim osiguranjem za one kapacitete za koje je zaključen ugovor sa Republički zavodom za ostvarivanje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu kadra, prostora i opreme, odnosno ako tu zdravstvenu zaštitu ne pružaju isključivo van ugovorenog radnog vremena sa Republičkim zavodom, odnosno na način koji ne ugrožava pružanje zdravstvenih usluga na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja (čl. 36, 42. i 49);

3) osiguranicima koji su uključeni u paralelno, odnosno dodatno, odnosno privatno zdravstveno osiguranje ne pružaju zdravstvene usluge uz plaćanje troškova ostvarivanja zdravstvene zaštite koja je obuhvaćena tim osiguranjem, odnosno uz plaćanje dela tih troškova u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja (čl. 38, 44. i 51).

Novčanom kaznom od 300.000 do 500.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i preduzetnik.

Novčanom kaznom od 40.000 do 50.000 dinara za prekršaj iz stava 1. ovog člana kazniće se i odgovorno lice u pravnom licu.

V. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 54.

Društvo za osiguranje koje organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje na dan stupanja na snagu ove uredbe uskladiće organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa odredbama ove uredbe najkasnije do 31. decembra 2009. godine.

Član 55.

Ugovori o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključeni do dana stupanja na snagu ove uredbe, odnosno polise dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izdate do dana stupanja na snagu ove uredbe, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje, ostaju na snazi do dana isteka roka važenja polise osiguranja, odnosno do dana isteka roka važenja zaključenog ugovora, a najkasnije do 31. decembra 2010. godine.

Član 56.

Ova uredba stupa na snagu narednog dana od dana objavljivanja u „Službenom glasniku Republike Srbije”.