ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Jukić, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of economics Split / Sveučilište u Splitu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:124:017472

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

REFST - Repository of Economics faculty in Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
EKONOMSKI FAKULTET

ZAVRŠNI RAD

ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Mentor:
Prof. dr. sc. Marijana Ćurak

Student:
Ana Jukić, 4140311

Split, kolovoz 2019.

SADRŽAJ:

1. UVOD 1

1.1. Definiranje problema 1

1.2. Ciljevi rada 1

1.3. Metode rada 1

1.4. Struktura (sadržaj) rada 2

2. OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 3

2.1. Djelatnost Zavoda 4

2.2. Zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj 5

2.3. Oblici obveznog zdravstvenog osiguranja 6

2.3.1. Osiguranici obveznog zdravstvenog osiguranja 7

2.3.2. Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja 10

2.3.3. Analiza obveznog zdravstvenog osiguranja 13

3. OBLICI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA 17

3.1. Dopunsko zdravstveno osiguranje 18

3.2. Dodatno zdravstveno osiguranje 19

3.3. Privatno zdravstveno osiguranje 22

4. TRŽIŠTE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ 24

4.1. Značenje zdravstvenog osiguranja na tržištu osiguranja 24

4.2. Analiza dopunskog zdravstvenog osiguranja ugovorenog kod Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje 32

5. ZAKLJUČAK 35

LITERATURA 37

POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA 38

SAŽETAK 39

SUMMARY 39

1. UVOD

1.1. Definiranje problema

Zdravstveno osiguranje svakog građanina u Republici Hrvatskoj je osiguranje na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti, ali obuhvaća i određena prava u slučaju ozljede na radu te profesionalnih bolesti kod zaposlenika u Republici Hrvatskoj. S obzirom na ograničeno pokriće obveznog zdravstvenog osiguranja, na značajnosti dobiva dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

1.2. Ciljevi rada

Glavni ciljevi rada su analizirati obuhvat obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Isto tako, cilj je analizirati tržište zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj detaljnim istraživanjem statističkih podataka.

1.3. Metode rada

Metode koje će se koristiti prilikom izrade rada su:

- Metoda deskripcije je postupak jednostavnog opisivanja ili očitavanja činjenica, ali bez znanstvenog tumačenja i objašnjavanja.
- Metoda analize je postupak istraživanja raščlanjivanjem složenih pojmova i zaključaka na njihove jednostavnije elemente.
- Metoda sinteze je postupak istraživanja i objašnjavanja stvarnosti putem sinteze jednostavnih sudova u složenije.
- Metoda indukcije je postupak sustavne primjene induktivnog načina zaključivanja kojim se na temelju analize pojedinačnih činjenica, dolazi do zaključka o općem sudu, od zapažanja konkretnih pojedinačnih slučajeva dolazi do općih zaključaka.
- Metoda dedukcije je postupak sustavne primjena deduktivnog načina zaključivanja u kojemu se iz općih sudova izvode posebni i pojedinačni zaključci.
- Grafičko i tablično prikazivanje podataka.

1.4. Struktura (sadržaj) rada

Nakon uvoda, u drugom dijelu rada obradit će se zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj. Istražit će se propisi o zdravstvenom osiguranju s naglasakom na obvezno osiguranje. Istraživanjem će se ukazat i na sve osiguranike obveznog zdravstvenog sustava.

U trećem dijelu rada detaljno će se istražit oblici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje obuhvaća dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje. Četvrti dio rada obuhvatit će analizu obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj.

Na samom kraju rada bit će prikazan zaključak i vlastito mišljenje o zdravstvenom osiguranju u Republici Hrvatskoj, popis korištene literature i sažetak rada.

2. OBVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Poslove obveznog zdravstvenog osiguranja obavlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i ono je obvezno za sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj ali i za strance s odobrenim stalnim boravištem.[1] Zavod je javna ustanova kojom upravlja Upravno vijeće koje se sastoji od 9 članova koje imenuje Vlada Republike Hrvatske, a sjedište ima u Zagrebu. Isto tako, zavod ima svojstvo pravne osobe koji uključuje prava, obveze i odgovornosti utvrđene Zakonom i Statutom.[2]

Ono što je bitno za sustav zdravstva je definiranje njihove vizije i misije. **Vizija** obveznog zdravstvenog osiguranja je „postati zdravstveni sustav u kojem je kvalitetna zdravstvena zaštita dostupna svima, prema načelima sveobuhvatnosti, dostupnosti i solidarnosti.“[3] S druge strane **misija** hrvatskog zavoda za javno zdravstvo je „racionalno ulagati financijska sredstva naših osiguranika u kvalitetne i efikasne zdravstvene usluge i programe koji će im donijeti prinos u dodavanju godina životu i zdravlja godinama.“[4]

Zdravstveno osiguranje još možemo definirati kao jedinstven sustav unutar kojeg pojedinci ulažu sredstva u zajednički fond kako bi se mogla osigurati zdravstvena zaštita pojedincima. U zadnjih 20-ak godina, u Hrvatskoj su se provodile zdravstvene reforme kako bi se smanjili troškovi zdravstva i povećala njegova učinkovitost. Ono što možemo naglasiti kao **opće ciljeve** samog Zavoda za zdravstveno osiguranje su ojačati zdravstveni sustav putem projekata informatizacije zdravstva kao glavne potpore provedbi Nacionalne strategije zdravstva od 2012.-2020. godine. Jedan od bitnijih ciljeva je samo omogućavanje uvjeta da se ostvari sveobuhvatno, solidarno i svima dostupno zdravstvo. Bitno je i unaprijediti prava pacijenata te uključiti njihove predstavnike u odlučivanje o ulaganju resursa. Samo pojednostavljenje sustava na razinu primjerenu populaciji, geografskoj veličini i potrebama uvelike bi pomoglo u poboljšanju samog zdravstva kao i da se učini unutarnji preustroj gdje bi se maksimalno povećala efikasnost i transparentnost rada Zavoda.[5]

[1] Narodne novine (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13, čl. 4,
[2] HZZO.hr, https://www.hzzo.hr/o-zavodu/, 27.03.2019.,
[3] HZZO.hr, http://www.hzzo.hr/o-zavodu/o-hrvatskom-zavodu-za-zdravstveno-osiguranje, 27.03.2019.,
[4] HZZO.hr, http://www.hzzo.hr/o-zavodu/o-hrvatskom-zavodu-za-zdravstveno-osiguranje/, 27.03.2019.,
[5] HZZO.hr, http://www.hzzo.hr/o-zavodu/o-hrvatskom-zavodu-za-zdravstveno-osiguranje/, 27.03.2019.

2.1. Djelatnost Zavoda

U provedbi obveznog zdravstvenog osiguranja HZZO obavlja osobito sljedeće poslove:[6]

- provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove u svezi s ostvarivanjem prava i obveza osiguranih osoba, brine se o zakonitom ostvarivanju tih prava te im pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštite njihovih interesa,
- provodi prvostupanjski i drugostupanjski upravni postupak u rješavanju o pravima i obvezama osiguranih osoba iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- planira novčana sredstva za prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u okviru planiranih prihoda u državnom proračunu,
- daje ministru zdravlja mišljenje o mreži javne zdravstvene službe ali i mišljenje o mreži ugovornih subjekata medicine rada,
- daje prijedloge ministru zdravlja za izradu plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te mu isto tako predlaže opseg prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo,
- obavlja poslove ugovaranja s ugovornim subjektima Zavoda i ugovornim isporučiteljima pomagala,
- plaća usluge ugovornim subjektima Zavoda za ugovorenu i izvršenu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguranim osobama,
- provodi nadzor nad ispunjavanjem ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda u skladu sa sklopljenim ugovorom,
- plaća osiguranim osobama novčane naknade iz obveznog zdravstvenog osiguranja, troškove zdravstvene zaštite korištene u inozemstvu te troškove inozemnim zdravstvenim ustanovama za izvršenu zdravstvenu zaštitu osiguranim osobama koje su rješenjem Zavoda upućene na liječenje u inozemstvo u skladu sa Zakonom, a sve u skladu s općim aktima Zavoda,

[6] Tekst je dominantno baziran na temelju pravnog okvira HZZO-a, https://www.hzzo.hr/o-zavodu/pravni-okvir/, 15.04.2019.

- utvrđuje način ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava Zavoda u slučajevima kada osigurane osobe ne mogu ostvariti zdravstvenu zaštitu kod ugovornih subjekata Zavoda u skladu s općim aktom Zavoda,
- osigurava provedbu međunarodnih ugovora u dijelu koji se odnosi na obvezno zdravstveno osiguranje,
- uređuje ostala pitanja vezana uz ostvarivanje prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- obavlja i druge poslove na koje ga obvezuje zakon.

2.2. Zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti[7] zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini osigurane osobe Zavoda ostvaruju na osnovi slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije, najčešće prema mjestu stanovanja, a prema odredbama općih akata Zavoda. S druge strane, zdravstvenu zaštitu na sekundarnoj i tercijarnoj razini osigurane osobe Zavoda ostvaruju osnovom uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, te putem posebnih programa.[8]

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti:[9]

- opću/obiteljsku medicinu
- zdravstvenu zaštitu predškolske djece
- zdravstvenu zaštitu žena
- patronažnu zdravstvenu zaštitu
- zdravstvenu njegu u kući bolesnika
- stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu)
- higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu

[7] Narodne novine (2018): Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 100/18, dio treći, glava I. - razine zdravstvene djelatnosti,
[8] HZZO.hr, https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/, 27.03.2019.,
[9] HZZO.hr, https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/, 27.03.2019.

- preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
- laboratorijsku dijagnostiku
- ljekarništvo
- hitnu medicinsku pomoć.

Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku zdravstvenu zaštitu dok s druge strane zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti.[10]

2.3. Oblici obveznog zdravstvenog osiguranja

Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama Zavoda prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti, na način i pod uvjetima propisa Europske unije te propisima donesenim na temelju samog Zakona. Isto tako, osiguravaju se i prava za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti koje obuhvaćaju i mjere za provođenje specifične zdravstvene zaštite radnika te dijagnostičke postupke kod sumnje na profesionalnu bolest.[11]

Osnovnim zdravstvenim osiguranjem u Republici Hrvatskoj osiguravaju se svim osiguranicima prava i obveze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja na temelju dvaju načela: načelo uzajamnosti i načelo solidarnosti. „Obveznim zdravstvenim osiguranjem obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno. Izuzetak su djeca do navršene 18. godine života, članovi obitelji osiguranika i druge obvezno osigurane osobe koje su osigurane u određenim okolnostima.“[12]

Osnovno zdravstveno osiguranje financira se iz doprinosa i proračuna. Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju[13] definirana su prava, obveze i osiguranici obveznog zdravstvenog osiguranja. Opseg prava koje imaju osiguranici određuje Vlada Republike Hrvatske na

[10] HZZO.hr, https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/, 27.03.2019.,
[11] Narodne novine (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13, čl. 3,
[12] Narodne novine (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13, čl. 4,
[13] Narodne novine (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, broj 80/13, 137/13.

prijedlog ministarstva zdravstva, a svi osiguranici imaju jednaku razinu zdravstvene zaštite, bez obzira na to koliko novca uplaćuju u taj oblik osiguranja.

2.3.1. Osiguranici obveznog zdravstvenog osiguranja

Prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju status osiguranika stječu:[14]

- osobe u radnom odnosu kod pravne ili fizičke osobe sa sjedištem u Republici Hrvatskoj,
- osobe koje su izabrane ili imenovane na stalne dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave, ako za taj rad primaju plaću,
- osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj zaposlene u drugoj državi članici ili trećoj državi koje nemaju zdravstveno osiguranje nositelja zdravstvenog osiguranja države članice ili treće države, odnosno koje nisu obvezno zdravstveno osigurane prema propisima države rada na način kako je to određeno propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom,
- članovi uprave trgovačkih društava i izvršni direktori trgovačkih društava, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada kod druge pravne ili fizičke osobe u Republici Hrvatskoj ili drugoj državi članici,
- osobe koje se stručno osposobljavaju za rad bez zasnivanja radnog odnosa, odnosno koje se stručno osposobljavaju za rad uz mogućnost korištenja mjera aktivne politike zapošljavanja, sukladno posebnim propisima,
- osobe koje na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačenih djelatnosti, osobe koje samostalno u obliku slobodnog zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost te osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju djelatnost poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje, ako su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu osigurane po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,
- poljoprivrednici koji u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje ako su vlasnici, posjednici ili zakupci te ako nisu obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,

[14] Tekst je dominantno baziran na Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, čl.7.

- osobe koje obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje, a upisani su u upisnik obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva u svojstvu nositelja ili člana obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva, ako nisu zdravstveno osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu ili se nalaze na redovitom školovanju,
- svećenici i drugi vjerski službenici vjerske zajednice koja je upisana u evidenciju vjerskih zajednica koju vodi nadležno državno tijelo, ako nisu osigurani po osnovi rada,
- korisnici prava na mirovinu prema propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
- korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju po propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
- korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, ako imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj,
- osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi,
- redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta iznad 18 godina života koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište ili boravište u Republici Hrvatskoj, odnosno državljani Republike Hrvatske s prebivalištem u drugoj državi članici koji u Republici Hrvatskoj imaju odobren privremeni boravak, pod uvjetom da nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, s tim da to pravo mogu koristiti najduže do isteka školske godine, odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje, ali ne duže od navršene 26. godine života,
- redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta u drugim državama članicama iznad 18 godina života, koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, s tim da to pravo mogu koristiti najduže do isteka školske godine, odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje prema propisima države školovanja, ali ne duže od navršene 26. godine života,
- osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj iznad 18 godina života, koje su prema propisima o školovanju u Republici Hrvatskoj ili u drugoj

državi članici izgubile status redovitog učenika, odnosno redovitog studenta ako su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana gubitka statusa redovitog učenika ili redovitog studenta i ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,

- supružnik umrlog osiguranika koji nakon smrti supružnika nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako se Zavodu prijavio u roku od 30 dana od dana smrti supružnika, a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi,
- osobe s prebivalištem te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog ili civilnog invalida rata i mirnodopskog vojnog invalida, odnosno status korisnika obiteljske invalidnine sukladno Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
- hrvatski branitelji iz Domovinskog rata, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
- osobe koje pružaju njegu i pomoć hrvatskom ratnom vojnom invalidu Domovinskog rata prema propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,
- osobe na odsluženju vojnog roka, odnosno dragovoljnom odsluženju vojnog roka (ročnici), kadeti te pričuvnici za vrijeme obavljanja službe u Oružanim snagama Republike Hrvatske, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,
- osobe koje su prekinule rad zbog toga što ih je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje, dok traje obrazovanje, odnosno stručno usavršavanje,
- osobe koje je pravna ili fizička osoba prije stupanja u radni odnos uputila kao svoje stipendiste na praktičan rad u drugu pravnu osobu ili kod druge fizičke osobe radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja, dok traje praktični rad,
- osobe upućene u drugu državu članicu ili treću državu u sklopu međunarodne tehničko-prosvjetne i kulturne suradnje, dok se tamo nalaze po toj osnovi,
- osobe kojima je priznato pravo na status roditelja njegovatelja prema posebnom zakonu,
- članovi obitelji smrtno stradalog, zatočenoga ili nestaloga hrvatskog branitelja za vrijeme primanja novčane naknade u skladu s propisima o pravima hrvatskih branitelja iz

Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,

- članovi obitelji smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja koji imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj, ako su se Zavodu prijavili u roku od 30 dana od dana prestanka primanja novčane naknade u skladu s propisima o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi,
- osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda i nalaze se u ustrojstvenim jedinicama Ministarstva pravosuđa, prema prijavi Ministarstva pravosuđa.

2.3.2. Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uključujući i prava za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju[15] obuhvaćaju:

1. pravo na zdravstvenu zaštitu,
2. pravo na novčane naknade.

Pravo na zdravstvenu zaštitu

Na temelju Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćaju prava na:[16]

- primarnu zdravstvenu zaštitu,
- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,
- bolničku zdravstvenu zaštitu,
- pravo na lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda,
- dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda,
- ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda,
- zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.

[15] Narodne novine (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13, čl. 17,
[16] Tekst je dominantno baziran na Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, čl. 18.

Pravo na zdravstvenu zaštitu osigurava se na jednak način svim osiguranicima obveznog zdravstvenog osiguranja u ostvarivanju prava i obveza iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
Zavod osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti i to za:[17] cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djece do navršene 18. godine života, preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, žena, zaštitu u vezi s praćenjem trudnoće, poroda ali i zaštitu u vezi s medicinski potpomognutom oplodnjom, preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina života, osoba s invaliditetom, cjelokupnu zdravstvenu zaštitu u vezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja, obvezno cijepljenje, cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti, zloćudnih bolesti, profesionalne bolesti, hemodijalizu i peritonejsku dijalizu, zdravstvenu zaštitu u vezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, izvanbolničku hitnu medicinsku, kućne posjete i kućno liječenje, patronažnu zdravstvenu zaštitu, sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika, lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept, laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite te palijativnu zdravstvenu zaštitu.

Pravo na novčane naknade

Nadležno liječničko povjerenstvo Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje utvrđuje privremenu nesposobnost za rad pri čemu se za ostvarivanje prava na novčanu naknadu podnosi pismeni zahtjev regionalnom uredu, odnosno područnoj službi HZZO-a.
Uz pismeni zahtjev Zavodu je potrebno priložiti i povijest bolesti izdanu od izabranog doktora ali ne stariju od 3 dana, medicinsku dokumentaciju o nastaloj bolesti, ugovor o djelu ili drugi pravni akt o stjecanju primitaka na koja se plaća doprinos za obvezna osiguranja, potvrdu pravne ili fizičke osobe o novčanim primitcima koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupila nemogućnost osiguranika za obavljanje poslova te potvrdu pravne ili fizičke osobe o prekidu ili neizvršenju ugovorenog posla zbog bolesti osiguranika.
Nakon podnesenog zahtjeva regionalnom uredu odnosno područnoj službi HZZO-a upućuje se osiguranika nadležnom liječničkom povjerenstvu HZZO-a, kojem se osiguranik obvezno mora javiti odmah, odnosno najkasnije u roku od tri dana.

[17] Narodne novine (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13, čl. 19.

Nalazom, ocjenom i mišljenjem, koju donosi temeljem podnesene dokumentacije liječničko povjerenstvo HZZO-a utvrđuje početak, trajanje, odnosno prestanak privremene nesposobnosti osiguranika za obavljanje ugovorenih poslova, određujući pri tome da li je nastala bolest od utjecaja na obavljanje ugovorenih poslova s obzirom na vrstu posla, te rok njegovog izvršenja.
Rješenjem kojim se osiguraniku priznaje pravo na novčanu naknadu zbog bolesti, obvezno se rješava o iznosu novčane naknade i razdoblju za koje mu pripada, uz navođenje osnovice i postotka na osnovi kojih je izračunata, te oznake nalaza, mišljenja i ocjene liječničkog povjerenstva HZZO-a o privremenoj nesposobnosti osiguranika.[18]

Prava na novčane naknade obuhvaćaju naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad uzrokovane priznatom ozljedom na radu, naknade za troškove prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja je posljedica priznate ozljede na radu, naknadu za troškove pogreba kada je smrt neposredna posljedica priznate ozljede na radu. Bolovanje se zakonski definira kao izostanak s posla zbog bolesti ili ozljede odnosno drugih okolnosti.

Naknadu plaće u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite isplaćuje osiguraniku[19] iz svojih sredstava: pravna osoba za prvih 42 dana bolovanja, kao i za vrijeme dok se osiguranik nalazi na radu u inozemstvu na koji ga je uputila pravna ili fizička osoba ili je samo zaposlen u inozemstvu, pravna osoba za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom odnosno pravna ili fizička osoba, za osiguranika – invalida rada za prvih sedam dana bolovanja. Naknadu plaća za vrijeme bolovanja od 43. dana obračunava i isplaćuje pravna, odnosno fizička osoba, uz obvezu HZZO-a da vrati isplaćenu naknadu u roku od 45 dana od dana primitka zahtjeva za povrat

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće ako:[20] je svjesno prouzročio privremenu nesposobnost, ako ne izvijesti izabranog doktora da je obolio u roku od tri dana od dana početka bolesti, ako namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad, ako za vrijeme samog bolovanja radi, odnosno obavlja poslove, ako se bez opravdanog razloga ne

[18] HZZO.hr: https://www.hzzo.hr/obvezno-osiguranje/novcana-naknada/, 08.05.2019.
[19] Narodne novine (2013) : Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13, čl. 40,
[20] Narodne novine (2013) : Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 137/13, čl. 53.

odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora, odnosno doktora kontrolora Zavoda ili tijela Zavoda ovlaštenog za kontrolu privremene nesposobnosti, te ako izabrani doktor, doktor kontrolor ili tijelo Zavoda ovlašteno za kontrolu privremene nesposobnosti utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora otputuje iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta ili zlorabi privremenu nesposobnost na neki drugi način.

2.3.3. Analiza obveznog zdravstvenog osiguranja

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj sve se više širi, raste i razvija. Poslovanje koje se odvijalo u okviru pozitivnih makroekonomskih kretanja (povećanje prosječne mjesečne bruto plaće i neto plaće te porast broja zaposlenih) Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje tijekom 2018. godine je ono čime možemo potvrditi tu činjenicu. Naime, prosječna bruto plaća koja čini osnovicu za obračun doprinosa je prema podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske iznosila 8.448 kn, što je za 393 kn više u odnosu na prethodnu 2017. godinu, dovela je do značajnijeg porasta prihoda od doprinosa koji čine glavninu prihoda HZZO-a. Isto tako, povećanje prosječne neto plaće koja je u 2018. godini iznosila 6.242 kn, što je za 257 kn više u odnosu na prethodnu godinu, imalo je utjecaj na povećanje troškova kod isplate naknada zbog privremene nesposobnosti za rad i isplate obveznog rodiljnog dopusta. Međutim, povećanje broja zaposlenih dao je dodatni poticaj porastu ukupnih prihoda HZZO-a, tako da je tijekom godine, pored povećanih izdvajanja za naknade, HZZO je podmirivao svoje obveze prema zdravstvenim ustanovama.
U zadnjem kvartalu 2018. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ostvario je znatno veće prihode od planiranih i to u ukupnom iznosu od 600 milijuna kuna, od čega su povećani prihodi od doprinosa i prihodi za posebne namjene za 500 milijuna kuna, a prihodi od proračuna za 100 milijuna kuna na ime refundacija plaća zbog izostanaka s posla preko 42 dana za korisnike državnog proračuna.[21] Dok su s druge strane, odnosno na rashodovnoj strani povećana sredstva za naknade zbog izostanaka s posla, rodiljne naknade, lijekovi na recepte i posebno skupi lijekovi.

[21] HZZO.hr, Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2018. godinu, https://www.hzzo.hr/o-zavodu/izvjesca/, 06.07.2019.

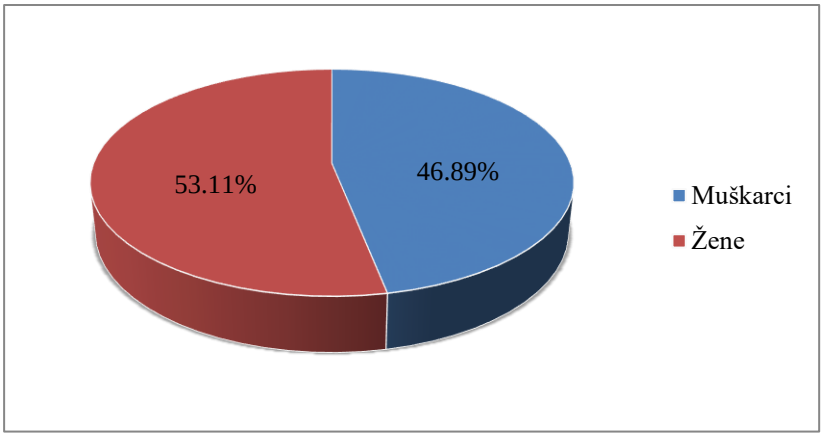
Bitna stavka koja je sigurno pomogla u samom rastu i širenju sustava HZZO-a je pokrenuta web usluga e-Zdravstveno za svoje poslovne korisike gdje oni imaju uvid u prijave/odjave/promjene statusa osiguranika obveznog osiguranja. Isto tako, imaju na dohvat elektronički ovjerene službene primjere tiskanica T1/T2. No, osim toga, mogućnost prijave i odjave osiguranja supružnika i djece do navršenih 18 godina i promjena osobnih podataka dostupna je putem HZZO-a, ali kroz tzv. e-uslugu.

Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO) i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) sklopili su sporazum temeljem kojeg je uspostavljena razmjena, odnosno preuzimanje podataka u elektroničkom obliku o statusu osiguranika iz kategorija radno aktivnih osiguranika i korisnika prava na mirovinu kojima raspolaže i o kojima vodi službene evidencije uključujući i druge podatke o kojima HZMO vodi evidencije, a koji su HZZO-u potrebni za provedbu postupaka prijave na obvezno zdravstveno osiguranje, provjeru statusa te ostvarivanje prava i obveza osiguranih osoba iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Povezivanjem sustava HZMO-a i HZZO-a, te preuzimanjem podataka, **olakšava se postupak prijavljivanja u zdravstveni sustav** tako da obveznici više ne moraju podnositi dvije prijave u dva sustava, nego samo jednu prijavu u mirovinski sustav.[22]

HZZO cjelokupnom stanovništvu pruža univerzalnu pokrivenost zdravstvenom zaštitom i ne postoji mogućnost izlaska iz sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. U 2018. godini prema podacima iz baze osiguranika, prijavljeno je ukupno prosječno 4.203.382 osiguranika. Taj podatak nam govori da se prijavilo 40.850 osiguranika manje nego u samoj 2017. godini.[23]

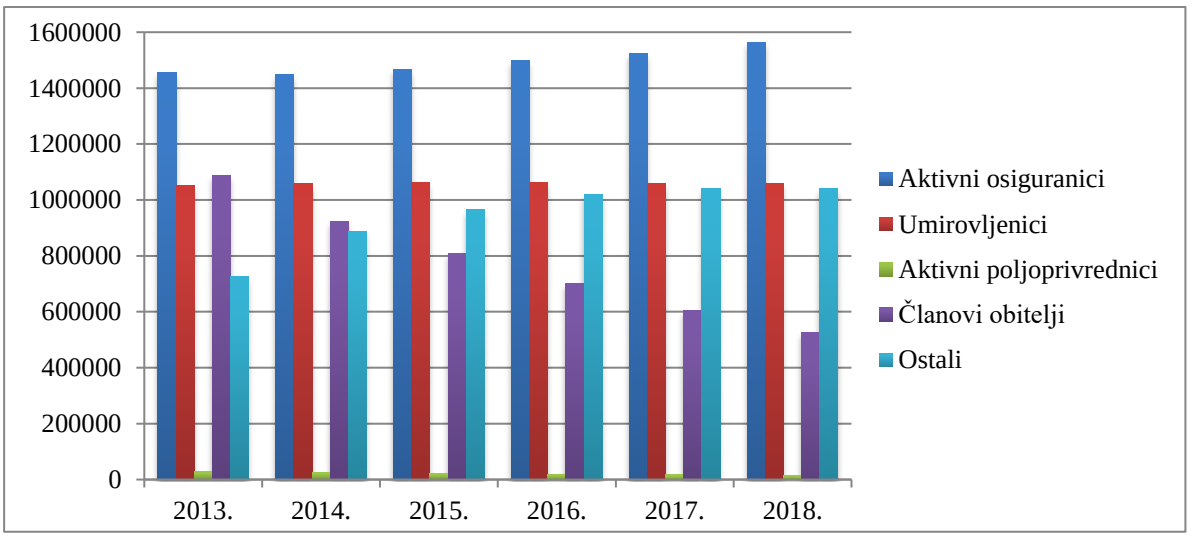
Međutim, zabilježeno je povećanje aktivnih osiguranika u 2018. godini kao i u prethodnim godinama. Povećanje broja zaposlenih je posljedica pozitivnih makroekonomskih kretanja što možemo vidjeti kroz povećanje novih radnih mjesta, proširenjem turističke ponude kroz produljenje turističke sezone, ali i drugim pozitivnim kretanjima. Od ukupnog broja aktivnih osiguranika 1.564.777 u 2018. godini, 733.623 odnosno 46,89% činile su žene, a 831.054, tj. 53,11% muškarci.

[22] HZZO.hr: https://www.hzzo.hr/e-zdravstveno/, 28.05.2019.,
[23] HZZO.hr: https://www.hzzo.hr/o-zavodu/izvjesca/, 28.05.2019.



Grafikon 1: Aktivni osiguranici zdravstvenog osiguranja prema spolu u 2018. godini
Izvor: Izrada autorice prema podacima HZZO-a

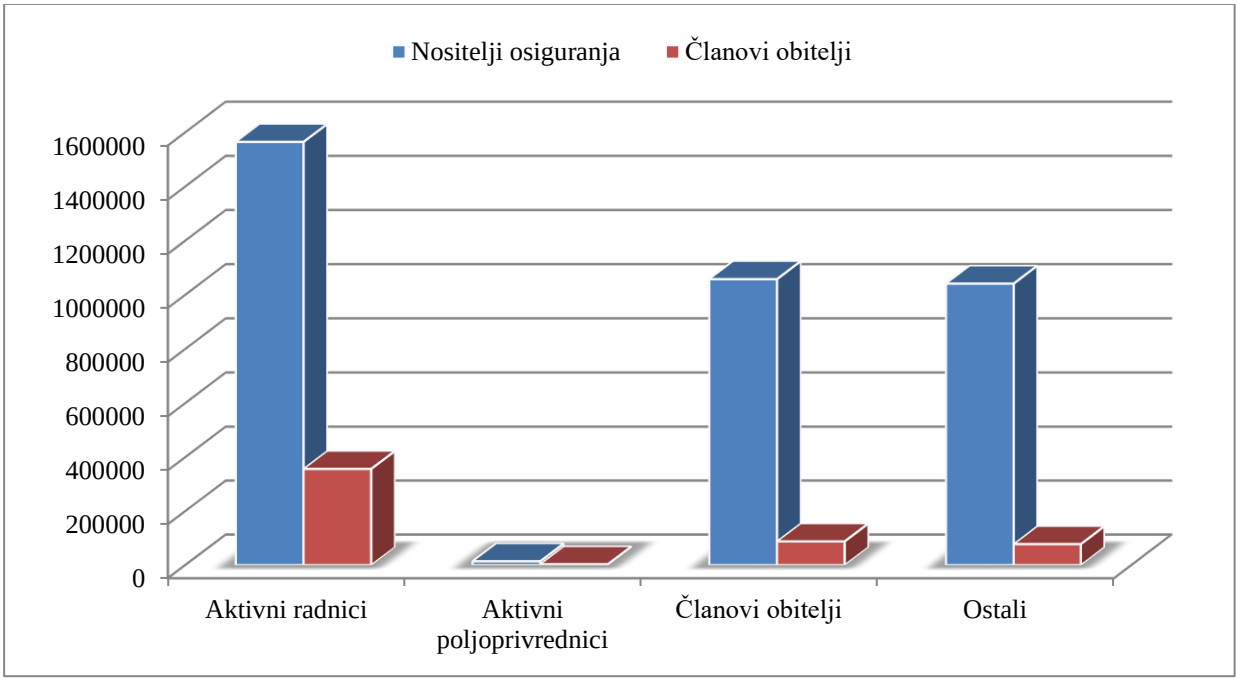
Iz grafikona 2 možemo vidjeti ono što je već spomenuto u prethodnom odjeljku, a to je da se se povećava broj aktivnih osiguranika. Povećanje nije znatno, ali je dobro za sami zdravstveni sustav RH jer smanjenje aktivnih radnika utječe na smanjivanje prihoda, odnosno na cijelu sliku zdravstvenog sustava. Broj umirovljenika je u blagom, ali neznatnom padu što za sami zdravstveni sustav još uvijek nije zadvoljavajuće. Iako se prosječan broj aktivnih osiguranika stalno povećava, a broj umirovljenika neznatno pada, odnos aktivnih osiguranika i umirovljenika još uvijek nije dobar, odnosno, na jednog umirovljenika dolazi 1,48 aktivni osiguranik (u istom razdoblju prethodne godine omjer je bio 1,44). Iz priloženog se može vidjeti da je jako mali udio aktivnih poljoprivrednika, ali oni održavaju konstantu tijekom svih godina.



Grafikon 2: Osigurane osobe u RH u razdoblju od 2013.-2018. godine
Izvor: Izrada autorice prema podacima HZZO-a

U strukturi osiguranika, aktivni radnici čine 37,22%, umirovljenici 25,17%, poljoprivrednici 0,34%, članovi obitelji 12,49%, te ostali osiguranici 24,78% od ukupnog broja osiguranih osoba. Od prosječnog broja osiguranih osoba 4.203.382, nositelji osiguranja čine 87,51% ili 3.678.247 osoba, dok članovi obitelji čine 12,49% ili 525.135 osoba.

Uz 1.564.677 aktivnih osiguranika, pravo na zdravstvenu zaštitu ostvarilo i 356.449 članova njihovih obitelji, što je 22,78% aktivnih osiguranika te uz 1.057.951 umirovljenika, evidentirano je 87 837 članova njihovih obitelji ili 8,30%. Podaci o prosječnom broju nositelja osiguranja i njihovih članova obitelji u 2018. godini prikazani su u grafikonu br. 3.



Grafikon 3: Prosječan broj nositelja osiguranja i njihovih članova obitelji u 2018. godini
Izvor: Izrada autorice prema podacima HZZO-a

3. OBLICI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je osiguranje koje nadopunjuje i rasterećuje obvezno zdravstveno osiguranje. Njegovim korištenjem se osigurava kvalitetnija i brža usluga unutar sustava. Prava i obveze koje pripadaju osiguraniku dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druge osobe, niti nasljeđivati. Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju[24] uređuju se vrste, uvjeti i način provođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Dobrovoljna osiguranja dijele se na **dopunska, dodatna i privatna zdravstvena osiguranja.** Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.[25] Provodi ga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i društva za osiguranje koja su dobila dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.[26] Dodatno zdravstveno osiguranje također je dobrovoljni oblik osiguranja i sklapa se s nekim od društava za osiguranje. Sklapanjem određene police, osiguranici ostvaruju pravo na viši standard zdravstvene zaštite, ali i na veći opseg prava nego je to u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Korisnici ostvaruju pravo na korištenje usluga specijalističkih pretraga, dijagnostičke obrade i obavljanje laboratorijskih pretraga. Na taj način korisnici izbjegavaju duge liste čekanja i nisu im potrebne uputnice kako bi ostvarili neku od pretraga. Dodatno i privatno zdravstveno osiguranje jamče veći opseg prava i viši standard usluga (npr. odlazak na pregled u privatne zdravstvene ustanove).

Dodatna zdravstvena osiguranja su ono što danas smatramo standardom u liječenju, dopunska su ona koja pokrivaju razliku do pune cijene, a privatna pružaju zdravstvenu zaštitu fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koji se nisu obvezni osigurati prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.[27]

[24] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10,
[25] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl. 6,
[26] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl.8,
[27] Narodne novine (2018): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštitti stranaca, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 15/18.

3.1. Dopunsko zdravstveno osiguranje

Razlog stvaranja dopunskog zdravstvenog osiguranja je zaštita osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja od troškova participacije ili pune cijene zdravstvenih usluga i lijekova. Prilikom potpisivanja police dopunskog osiguranja, ugovaratelj osiguranja ima pravo na pokriće dijela troškova do pune cijene usluga odnosno proizvoda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Ugovaratelj dopunskog zdravstvenog osiguranja je osiguranik, odnosno fizička ili pravna osoba koja je za osiguranika sklopila ugovor o dopunskom zdravstvenog osiguranju i obvezalo se na uplatu premije osiguranja.[28] Osiguranikom se smatra fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju na temelju njezine suglasnosti i koja koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju.[29]

Osiguratelj određuje premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opseg pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Zavod općim aktom određuje premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opsege pokrića iz ugovora, prihodovnog cenzusa osiguranika i statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Osiguratelj dopunskog zdravstvenog osiguranja, u ovome slučaju Zavod, obvezni su:[30]

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

U slučaju kupnje dopunskog zdravstvenog osiguranja od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje osiguranik sa Zavodom sklapa ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju na temelju prethodne ponude. Osiguratelj, odnosno Zavod, obvezni su dopunsko zdravstveno osiguranje osigurati kao osiguranje u trajanju od najmanje godine dana.

[28] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl. 12,
[29] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl. 13,
[30] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl. 14.

Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju mora sadržavati najmanje:[31]

- vrste i opseg dopunskoga zdravstvenog osiguranja,
- ime i prezime osiguranika, koji je sklopio ili za koga je, na temelju njegove suglasnosti, sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju,
- naziv pravne ili fizičke osobe, tijela državne vlasti ili drugog tijela koje je za osiguranika na temelju njegove suglasnosti, sklopilo ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju,
- uvjete provođenja dopunskoga zdravstvenoga osiguranja,
- visinu i način plaćanja premije,
- trajanje dopunskoga zdravstvenog osiguranja.

Na temelju sklopljenog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, osiguratelj, odnosno Zavod izdaje osiguraniku iskaznicu dopunskoga zdravstvenog osiguranja, kojom se dokazuje status osiguranika dopunskoga zdravstvenog osiguranja.[32] Ugovori o dopunskom zdravstvenom osiguranju koji su sa Zavodom sklopljeni na temelju Pravilnika o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja važe do isteka roka na koji su sklopljeni.[33]

Isto tako, važno je napomenuti da se ugovaranje dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a može ostvariti osobnim dolaskom u bilo koji regionalni ured, područnu službu ili ispostavu HZZO-a, poštom odnosno slanjem pisane ponude za sklapanje ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju na adresu HZZO-a, posredno putem poslodavca, ali i online putem web shopa dopunskog zdravstvenog osiguranja u samo 4 koraka.

3.2. Dodatno zdravstveno osiguranje

Dodatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguravatelja.[34] **Ugovarateljem** dodatnoga zdravstvenog osiguranja smatra se osiguranik, odnosno pravna ili fizička osoba, tijelo državne

[31] Narodne novine (2009): Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 2/2009, čl. 8.
[32] Narodne novine (2009): Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 2/2009, čl. 10,
[33] Narodne novine (2009): Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 2/2009, čl. 15,
[34] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10 čl. 17.

vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika sklopilo ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju i koje se obvezalo na uplatu premije osiguranja.

Osiguranikom dodatnoga zdravstvenog osiguranja smatra se fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju. Osiguranik može biti samo osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.[35]

Sa stajališta tko je ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik, osiguranja još dijelimo na:[36]

1. Osiguranje pravnih osoba
2. Osiguranje fizičkih osoba

U osiguranja pravnih osoba spadaju sva osiguranja gdje su ugovaratelji pravne osobe bez obzira na vlasništvo, dok u osiguranjima fizičkih osoba spadaju sva osiguranja gdje su osiguranici građani.

Isto tako, važno je napomenuti da dodatno osiguranje osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Ovisno o modelu, najčešće uključuju sistematski pregled, dodatne preglede i popuste na specijalističke preglede.
Postoji mogućnost da je sami ugovor sklopljen sa HZZO-m ili s društvom za osiguranje, a jedan od uvjeta je da osoba ima status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Dodatno zdravstveno osiguranje nije zamjena obveznom zdravstvenom osiguranju, nego omogućuje brže ostvarivanje zdravstvenih usluga (bez uputnica i liste čekanja), pokriće participacija te liječenje u privatnim klinikama.

Osiguratelj određuje premiju za dodatno zdravstveno osiguranje s obzirom na opseg pokrića iz ugovora o dodatnom zdravstvenom osiguranju te rizik kojem je osiguranik izložen, uzimajući u obzir dob, spol, bonus i malus, tablice smrtnosti i tablice bolesti te trajanje sklopljenog ugovora o osiguranju. Prosječna cijena police dodatnog zdravstvenog osiguranja

[35] Narodne novine (2010: Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl. 18. i 19.,
[36] Bijelić, M. (2002.): Osiguranje i reosiguranje, Tectus, Zagreb, str. 136.

kreće se između 500 kn i 1000 kn godišnje, a može biti i viša, što ovisi o opsegu pokrivenih prava.

Za razliku od socijalnog osiguranja koje se financira iz doprinosa i poreza, na principima uzajamnosti i solidarnosti, uz jednak opseg prava za sve osiguranike bez obzira na iznos novca koji izdvajaju, premijsko osiguranje funkcionira tako da osiguranik unaprijed uplaćuje premiju osiguranja, koja je određena prema veličini rizika, a društvo za osiguranje akumulira novac za isplatu budućih osiguranih slučajeva. Tako se postiže atomiziranje i izravnanje rizika njegovim raspršivanjem u vremenu i prostoru. Pokriće rizika ostvaruje se na temelju individualno zaključenog ugovora odnosno police osiguranja, kojom društvo za osiguranje preuzima obvezu naknade štete ili isplate osigurane svote.[37]

Osiguratelj je obvezan podatke o sklopljenim ugovorima sa zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnim zdravstvenim radnicima kod kojih osiguranik može koristiti prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo. Sadržaj podataka i rokove za dostavljanje propisat će pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.[38]

Osiguratelji zamjeraju da HZZO posluje pod posebnim pravilima koja nisu aktuarska, a društva za osiguranje pod striktnim nadzorom Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga (HANFA), te da bi trebao postojati jednakopravni pristup u izračunu same premije i zakonskoj regulativi kako bi i jedni i drugi poslovali pod jednakim uvjetima. Isto tako, osiguratelji vjeruju da bi to otvorilo dodatni prostor za komercijalne zdravstvene osiguratelje.

[37] Vehovec, M. (2014.): O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski institut, Zagreb, str. 109,

[38] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl. 24.

3.3. Privatno zdravstveno osiguranje

Privatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o privatnom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguratelja. Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koji nisu obvezni osigurati se prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca.[39]

Zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici sa sklopljenim ugovorom o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom mogu sklopiti ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i izvan ugovorenoga radnog vremena sa Zavodom.[40]
Važno je naglasiti da prije samog korištenja zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod zdravstvenog radnika privatne prakse, stranac treba dokazati svoj status dokumentom od strane policijske uprave.

Stranac koji može ostvariti zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj je:[41]

- stranac na kratkotrajnom boravku,
- stranac na privremenom boravku koji nije obvezno zdravstveno osiguran,
- tražitelj međunarodne zaštite,
- stranac pod privremenom zaštitom,
- azilant,
- stranac – član obitelji azilanta
- stranac pod supsidijarnom zaštitom,
- stranac – član obitelji stranca pod supsidijarnom zaštitom,
- stranac koji nezakonito boravi u Republici Hrvatskoj.

[39]Narodne novine (2018): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštitti stranaca, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 15/18,
[40] Narodne novine (2010): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/06, 150/08, 71/10, čl. 31,
[41] Narodne novine (2018): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 80/13, 15/18, čl. 17.

Premija privatnog zdravstvenog osiguranja plaća se mjesečno, a minimalni rok na koji se ugovor može sklopiti je tri godine. Usluge pokrivene ugovorom obuhvaćaju specijalističke i preventivne preglede, dijagnostičke i laboratorijske pretrage, operacijske zahvate, bolji bolnički smještaj i dr.

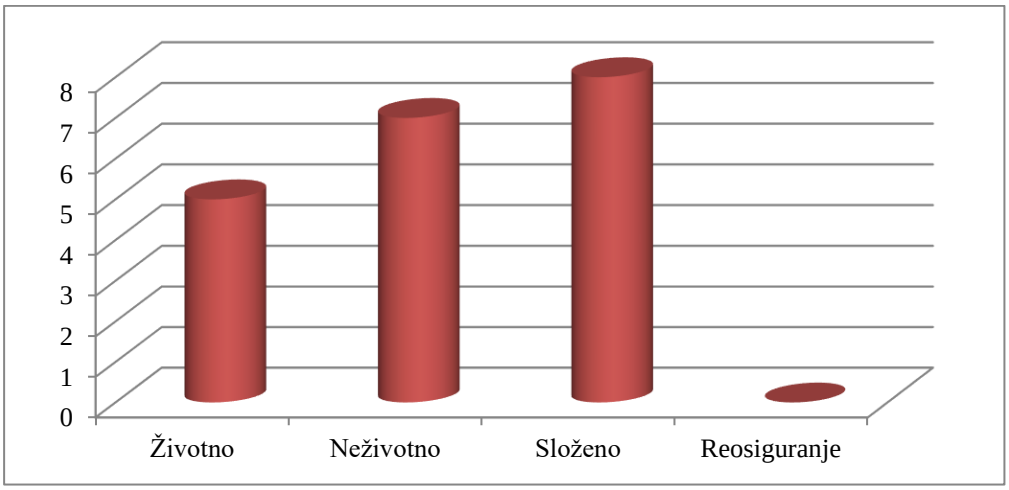
Osiguratelj je obvezan podatke o sklopljenim ugovorima sa zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnim zdravstvenim radnicima kod kojih osiguranik može koristiti prava iz privatnoga zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo. Sadržaj podataka i rokove za dostavljanje podataka propisat će pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo.[42]

[42] Narodne novine (2006): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine d.d., Zagreb, br. 85/2006, čl. 33.

4. TRŽIŠTE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

4.1. Značenje zdravstvenog osiguranja na tržištu osiguranja

U ovom dijelu poglavlja analizirat će se tržište zdravstvenog osiguranja te će se utvrditi značenje, položaj i udio tržišta zdravstvenog osiguranja u odnosu na druga osiguranja. Također će biti analizirane premije zdravstvenog osiguranja i iznos likvidiranih šteta.
Na grafikonu 4 prikazan je broj društava za osiguranje i društava za reosiguranje u 2017. godini. Na tržištu osiguranja poslovalo je ukupno 20 društava za osiguranje sa sjedištem u Republici Hrvatskoj. Od ukupnog broja društava za osiguranje 5 ih je obavljalo isključivo poslove životnih osiguranja, 7 društava isključivo poslove neživotnih osiguranja, dok je preostalih 8 društava za osiguranje obavljalo poslove životnih i neživotnih osiguranja.



Grafikon 4: Broj društava za osiguranje i društava za reosiguranje u 2017.
Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

U tablici 1 prikazana su sva društva za osiguranje koja su se bavila dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u 2017. godini. Isto tako, vidljivi su podaci o visini zaračunate bruto premije u kunama te sama promjena bruto premije 2017. godine s obzirom na 2016. godinu i to izražena u postocima. Vidljivo je da je Croatia osiguranje d.d. visoko na prvom mjestu s obzirom na druga društva za osiguranje. Slijede ga AGRAM LIFE osiguranje d.d. te UNIQA osiguranje d.d dok su na samom dnu visine zaračunate bruto premije ERGO osiguranje d.d. i Triglav osiguranje d.d..

Tablica 1: Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja društava koja se bave dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za 2017. godinu

Društvo za osiguranje	Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja	
	2017. godina (u kn)	% promjena 2017./2016.
AGRAM LIFE osiguranje d.d.	59.443.938,74	9,3
Allianz Zagreb d.d	12.490.626,19	276,9
Croatia osiguranje d.d	324.875.399,90	5.376,6
ERGO osiguranje d.d.	137.757,18	207,5
Euroherc osiguranje d.d.,	3.545.002,73	-17,2
Generali osiguranje d.d.	9.125.653,01	418,6
GRAWE Hrvatska d.d	3.708.397,02	6,4
HOK osiguranje d.d	1.180.668,52	84,0
Jadransko osiguranje d.d.	1.315.958,02	6,3
Merkur osiguranje d.d	4.472.441,21	74,6
Triglav osiguranje d.d.	2.991.547,48	1.239,6
UNIQA osiguranje d.d.	52.516.247,61	40,3
Wiener osiguranje VIG d.d	12.035.926,44	1.005,8

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

Ako za isto razdoblje promatramo broj osiguranih osoba zdravstvenog osiguranja možemo vidjeti da obvezno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti 2017. godine ne broji ni jednog osiguranika dok s druge strane broj osiguranika dopunskog osiguranja razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog osiguranja tijekom godine iznosi 427.640 osiguranika, a na kraju godine ostaje 376.070 aktivnih polica osiguranja. Što se tiče broja osiguranika tijekom godine za dopunskog zdravstvenog osiguranja većeg opsega prava iznosi 197.549 osoba, te na kraju 2017. godine broj osiguranih osoba iznosi 150.254. Privatno zdravstveno osiguranje je brojilo samo dvije osobe i to tokom cijele godine, ali i na samom kraju promatranog razdoblja. Ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja obuhvaćaju 19.931 osobu, a na kraju razdoblja taj broj neznatno pada odnosno iznosi 19.796 aktivnih polica. Spomenute podatke možemo vidjeti u tablici broj 2.

Tablica 2: Broj osiguranih osoba te aktivnih polica zdravstvenog osiguranja u 2017. godini

Vrsta osiguranja/rizika	Broj osiguranih osoba tijekom godine	Broj osiguranih osoba (aktivne police) na 31.12
Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti	0	0
Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja	427.640	376.070
Dop. zdravstveno osiguranje većeg opsega prava i većeg standarda zdrav. usluga koje pokriva obvezno zdravstveno osiguranje	197.549	150.254
Privatno zdravstveno osiguranje	2	2
Ostala dobrovoljna zdr. osiguranja	19.931	19.796
UKUPNO	645.122	546.122

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

U strukturi premijskog prihoda nežitovnih osiguranja u Republici Hrvatskoj na kraju 2017. godine prednjači osiguranje od odgovornosti za upotrebu motornih vozila (22,63%) te osiguranje od požara i elementarnih šteta koje iznosi 6,81%. Ostale vrste osiguranja imaju udjel niži od 6%, a **istaknuto je zdravstveno osiguranje** s 5,4%.

U 2017. godini ukupna premija zdravstvenog osiguranja iznosila je 487.839.564 kn, dok je u istoj godini premija svih vrsta osiguranja iznosila 9.055.923.737, što predstavlja udio ukupne premije zdravstvenog osiguranja u odnosu na ukupne premije svih osiguranja u visini 5,39%. U 2016. godini ukupna premija zdravstvenog osiguranja je 409.205.733 kn, dok za isto razdoblje ukupna premija svih osiguranja iznosi 8.761.130.165 kn, što predstavlja udio premije zdravstvenog osiguranja u odnosu na ukupne premije svih osiguranja u visini od 4,67%. Samom analizom vrijednosti ukupnih premija zdravstvenog osiguranja pokazuje se da je apsolutna vrijednost pozitivna i iznosi 78.633.831 kn, a relativna promjena 19,2%. Ono što možemo primjetiti, ako na isti način usporedimo i ukupne premije svih osiguranja, isto tako je pozitivna apsolutna promjena i ona iznosi 294.793.572, a relativna promjena je 3,4%. Ako usporedimo relativne promjene zdravstvenog osiguranja i ukupnih premija svih osiguranja možemo doći do zaključka kako zdravstveno osiguranje ima viši rast i to u razlici od 15,8%.[43]

[43] HUO.hr, godišnji izvještaj 2017. godine, 28.05.2019.

Ako se pak s druge strane promatra ukupan broj likvidiranih šteta za samo zdravstveno osiguranje u 2017. godini ono iznosi 2.776.425, dok je isti podatak u 2016. godini iznosio 2.598.872. Isto tako, usporedimo li ta dva podatka možemo doći do zaključka da je apsolutna promjena pozitivna i to u iznosu od 177.553, odnosno iskazano relativno 6,8%. Ako se zdravstveno osiguranje uspoređuje s drugim osiguranjima u kategoriji likvidiranih šteta možemo reći da je na šestom mjestu i to iza osiguranja troškova pravne zaštite, osiguranja od požara i elementarnih šteta, osiguranja jamstva, osiguranja pomoći (asistencije) i osiguranja plovila. U samoj usporedbi s ukupnim brojem likvidiranih šteta svih osiguranja relativna promjena je veća za 0,2%. U 2017. godini ukupan broj likvidiranih šteta svih osiguranja je 3.408.072, dok za isti slučaj u 2016. godini iznosi 3.196.923. Usporedimo li to s brojem likvidiranih šteta samog zdravstvenog osiguranja, dolazi se do udjela likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u ukupnom broju likvidiranih šteta svih osiguranja u iznosu od 81,47% u 2017. godini, a 81,29% u 2016. godini. Ono što možemo primjetiti je da se u tom razdoblju dogodio neznatan rast zaračunate premije[44].

U tablici br. 3 možemo bolje promotriti kretanje premije kroz dulje razdoblje i to od 2010. godine do 2017. godine. Ono što možemo vidjeti je da je bruto premija zdravstvenog osiguranja u 2017. godini zabilježila rast od 19,2%, odnosno rastao je udio zdravstvenog osiguranja u odnosu na cjelokupno tržište osiguranja. Dovoljan pokazatelj rasta osiguranja je i visina premije koja je u 2010. godini iznosila 258.703, dok u 2017. godini iznosi 487.840, odnosno u posljednjih 5 godina **bruto premija se gotovo udvostručila**, a s obzirom na visoke stope rasta očekuje se daljnji rast tržišta. Pad koji smo mogli vidjeti od 2010. do 2012. godine možemo pripisati globalnoj krizi. Bitno je naglasiti da je rast premije zdravstvenog osiguranja popraćen i rastom udjela premije zdravstvenog osiguranja u ukupnim premijama svih osiguranja. Važno je naglasiti da u navedenoj premiji nije iskazana premija dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a, koji još uvijek nije na tržištu osiguranja.

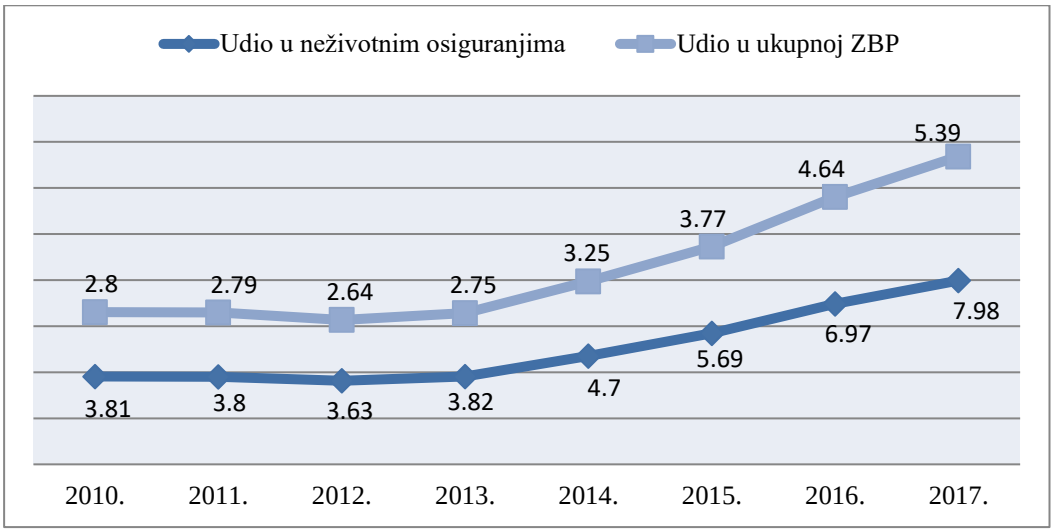
[44] HUO.hr, godišnji izvještaj 2017. godine, 28.05.2019.

Tablica 3: Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2010. do 2017. godine

Godina	Zaračunata bruto premija (000 kn)	% promjene	Udio u neživotnim osiguranjima	Udio u ukupnoj ZBP
2010.	258.703	-4,6	3,81	2,80
2011.	255.147	-1,4	3,80	2,79
2012.	238.668	-6,5	3,63	2,64
2013.	249.438	4,5	3,82	2,75
2014.	278.338	11,6	4,70	3,25
2015.	329.278	18,3	5,69	3,77
2016.	409.206	24,3	6,97	4,64
2017.	487.840	19,2	7,98	5,39

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

U grafikonu 5 može se vidjeti jasna slika kretanja udjela ukupnih premija zdravstvenog osiguranja u odnosu na premije neživotnih i ukupnih osiguranja u razdoblju od 2010. do 2017. godine izražen u postotcima.



Grafikon 5: Udio premije zdravstvenog osiguranja izražen u postotcima, za razdoblje od 2010. do 2017. godine

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

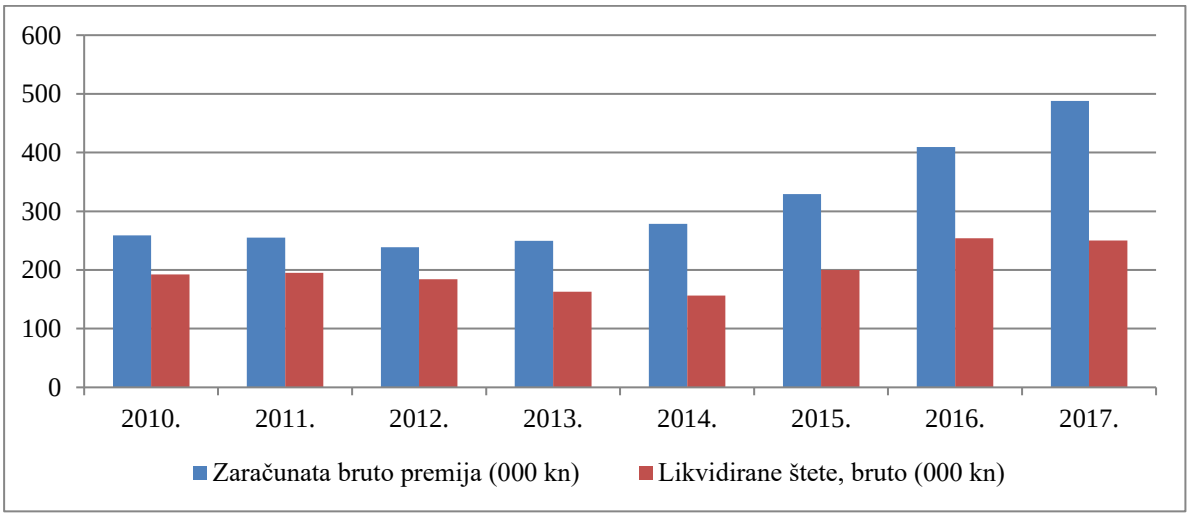
Kada se za isto razdoblje promatra kretanje likvidiranih šteta dolazimo do zaključka da se rast i pad izmjenjuju tijekom promatranog razdoblja. U 2017. godini bilježi se pad likvidiranih šteta u odnosu na protekle dvije godine promatranog razdoblja. U ukupno zaračunatoj premiji iznose 51% što je manje u odnosu na 62% u protekloj godini. Ništa manje važno nije ni za istaknuti da, ukoliko ne dođe do promjena u opsegu zakonski definiranog dopunskog osiguranja, odnosno isti je kod svih osiguratelja, ali ima i veći faktor neizvjesnosti od ostalih vrsta zdravstvenih osiguranja može se očekivati sličan omjer i u sljedećim godinama. Podaci vezani za iznos likviranih šteta nalazi se u tablici 4.

Tablica 4: Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2010. do 2017. godine

Godina	Likvidirane štete, bruto iznosi (000 kn)	% promjene	Udio u neživotnim osiguranjima	Udio u ukupnim štetama
2010.	192.202	-7,1	5,72	4,37
2011.	194.947	1,4	5,96	4,27
2012.	184.063	-5,6	5,73	3,97
2013.	162.715	-11,6	5,22	3,48
2014.	156.484	-3,8	5,43	3,55
2015.	200.007	27,8	6,80	4,36
2016.	254.070	27,0	8,67	5,33
2017.	250.078	-1,6	8,19	4,90

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

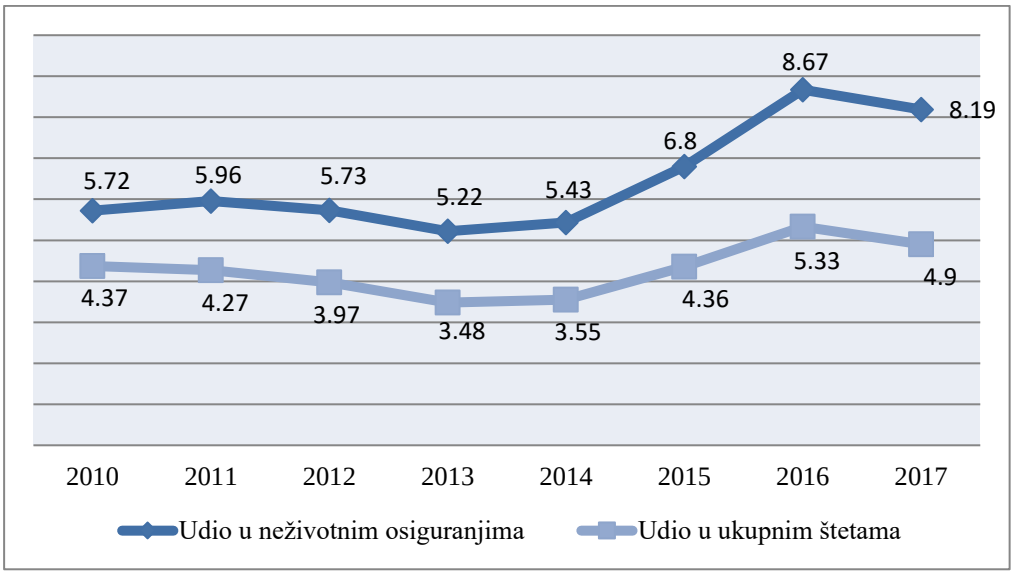
Na grafikonu 6 možemo vidjeti uspoređenu ukupnu bruto premiju i likvidirani iznos šteta zdravstvenog osiguranju u razdoblju od 2010. do 2017. godine.



Grafikon 6: Zaračunata bruto premija i likvidirani iznosi šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2010. do 2017. godine

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

Iz idućeg grafikona možemo vidjeti udio, odnosno kretanje, iznosa likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u odnosu na iznos likvidiranih šteta neživotnog osiguranja, tj. iznos likvidiranih šteta svih osiguranja za razdoblje 2010. do 2017. godine.



Grafikon 7: Udio likvidiranih bruto iznosa šteta zdravstvenog osiguranja u % za razdoblje od 2010. do 2017. godine
Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

Prilikom analize osiguranja važno je usporediti bruto premiju i iznos likvidiranih šteta. Prvenstveno kod uzimanja u obzir bruto premije zdravstvenog osiguranja, može se primjetiti kako je zaračunata bruto premija dopunskog osiguranja, a koje se odnosi na razliku iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja najveća, iznosi 305.548.261 kn. Drugim riječima, udio premije u ukupnom zdravstvenom osiguranju za 2017. godinu iznosi 62,63%, za 2016. godinu 58,62% te 43,4% za 2015. godinu pri čemu je vidljiv rast udjela dopunskog osiguranja. Ono što je jako zanimljivo je činjenica da je udio dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2012. godini iznosio samo 12,1%. **Trend rasta** dopunskog osiguranja očekuje se i u budućnosti zbog povećane potrebe za dodatnim uslugama koje ne uključuju obvezno zdravstveno osiguranje.

Obvezno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti 2017. godine predstavlja udio od 0% dok s druge strane bruto premija dopunskog zdravstvenog osiguranja većeg opsega prava iznosi 163.491.723 kn, što je udio od 33,51%. Iz spomenutih podataka možemo doći do zaključka da je tržište dodatnog zdravstvenog osiguranja bilježilo negativan trend već neko vrijeme, odnosno ne samo u 2017. godini, nego od 2012.-2017. godine. Ostala

dobrovoljna zdravstvena osiguranja iznose 18.765.771 kn, odnosno 3,85% te privatno zdravstveno osiguranje s udjelom u visini od 33.809 kn odnosno 0,01% udjela u ukupnom zdravstvenom osiguranju. Detaljni podaci prikazani su u tablici 5.

Tablica 5: Zaračunata bruto premija i broj osiguranja zdravstvenog osiguranja za 2017. godinu (u kn)

Vrsta osiguranja/rizika	Zaračunata bruto premija osiguranja - rizici	Udio u %	Broj osiguranja – rizici	Udio u %
Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti	0	0,00	0	0,00
Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja	305.548.261	62,63	226014	63,80
Dop. zdravstveno osiguranje većeg opsega prava i većeg standarda zdrav. usluga koje pokriva obvezno zdravstveno osiguranje	163.491.723	33,51	122248	34,51
Privatno zdravstveno osiguranje	33.809	0,01	1	0,00
Ostala dobrovoljna zdr. osiguranja	18.765.771	3,85	5977	1,69
UKUPNO	487.839.564	100	354,240	100

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

U okviru dopunskog osiguranja prosječna šteta iznosi 540 kn što je neznatno više od prosječne štete u 2016 godini. Isto tako, prosječna šteta u dodatnom osiguranju ostala je na sličnoj razini kao i u 2016 godini (556 kn) što je još jedan pokazatelj stabilizacije tržišta.
Kada se u obzir uzme iznos likvidranih šteta, (vidjeti u tablici 6), najveći udio u ukupnoj strukturi likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja ima dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja i iznosi 139.778.694 odnosno 55,89%. Na dopunsko zdravstveno osiguranje većeg opsega prava i većeg standarda otpada 102.267.558 odnosno 40,89%. Iznos likvidiranih šteta obveznog osiguranje za ostala dobrovoljna osiguranja otpada 3,06% što iznosi 7.656.729 kn.

Tablica 6: Broj i iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja za 2017. godinu (u kn)

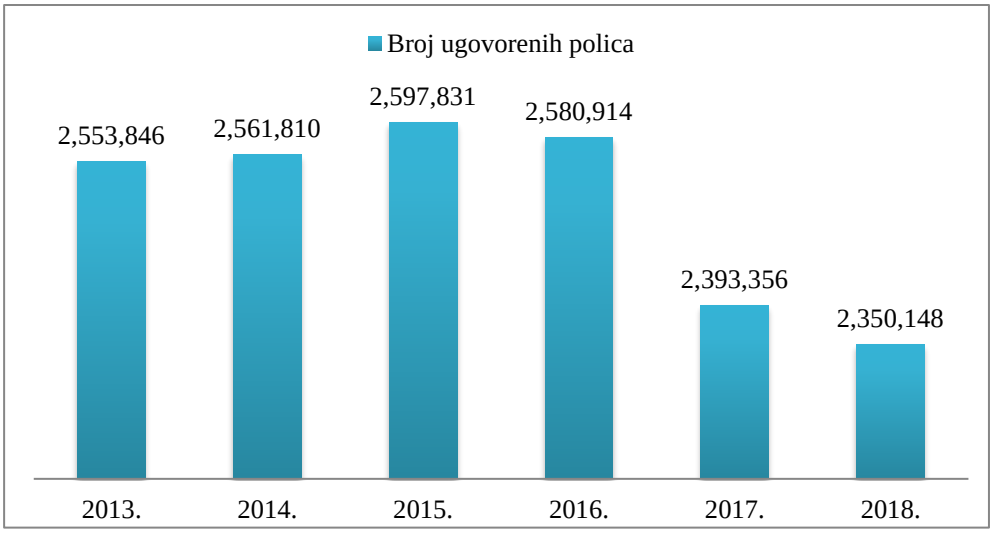
Vrsta osiguranja/rizika	Broj šteta - rizici	Udio u %	Likvidirane štete bruto – rizici	Udio u %
Obvezno osiguranje naknade troškova za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti	0	0,00	374.928	0,15
Dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja	2.588.642	93,24	139.778.694	55,89
Dop. zdravstveno osiguranje većeg opsega prava i većeg standarda zdrav. usluga koje pokriva obvezno zdravstveno osiguranje	183.778	6,62	102.267.558	40,89
Privatno zdravstveno osiguranje	0	0,00	0	0,00
Ostala dobrovoljna zdr. osiguranja	4.005	0,14	7.656.729	3,06
UKUPNO	2.776.425	100	250.077.909	100

Izvor: Izrada autorice prema podacima Huo.hr

4.2. Analiza dopunskog zdravstvenog osiguranja ugovorenog kod Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

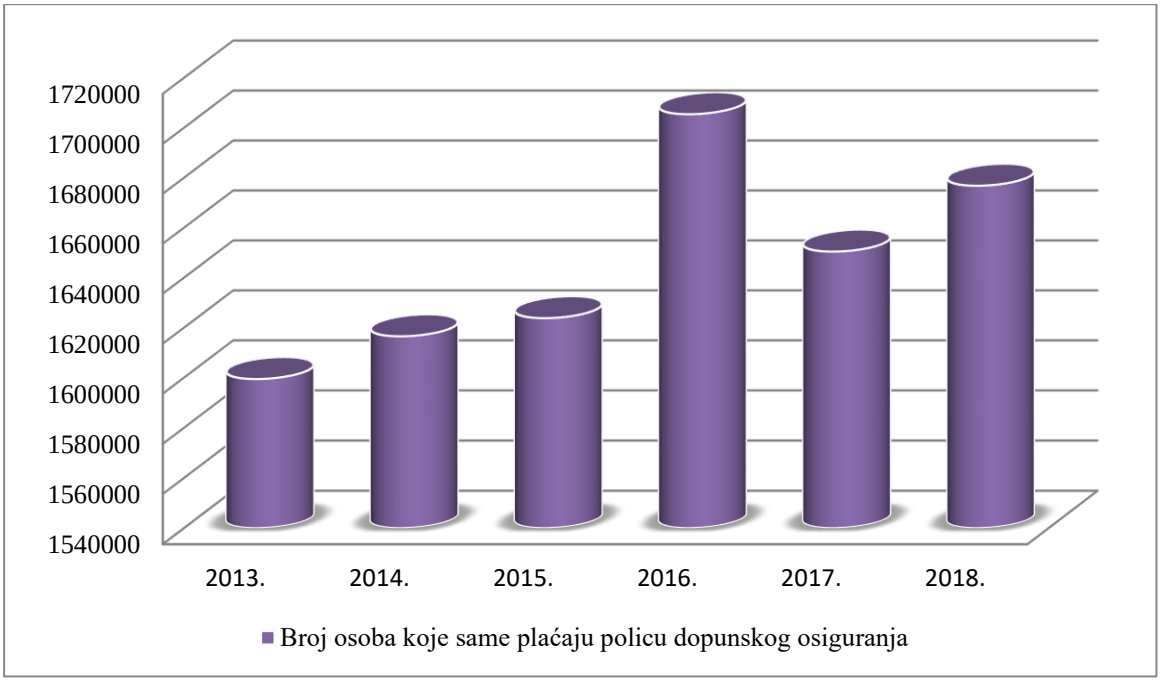
Kao što je ranije spomenuto, dopunsko zdravstveno osiguranje može se ugovoriti, osim kod društava za osiguranje, i kod HZZO-a. U ovom dijelu rada detaljnije će se analizirati broj ugovorenih polica, broj osoba koje plaćaju i koje ispunjavaju uvjete za plaćanje police dopunskog zdravstvenog osiguranja ugovorenih od strane HZZO-a.

Ono što je važno napomenuti za ugovorene police dopunskog zdravstvenog osiguranja, kod HZZO-a, da se broj ugovorenih polica nakon 2015. godine, kada je taj broj dosegnuo čak 2.597.831, smanjuje kao što je to slučaj i u 2018. godini. Broj važećih polica iznosio je je 2.350.148, što je za 43.208 polica manje u odnosu na 2017. godinu. Razlog tome je upravo ponuda dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane društava za osiguranje.



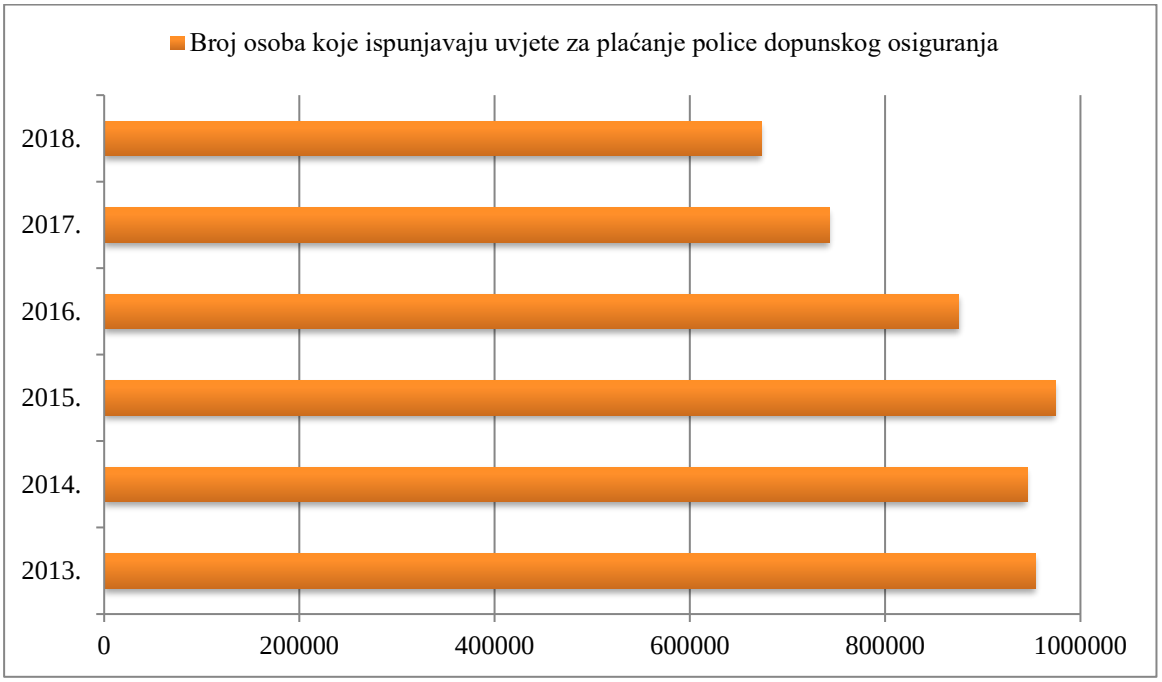
Grafikon 8: Broj ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane HZZO-a za razdoblje od 2013. do 2018. godine
Izvor: Izrada autorice prema podacima HZZO-a

Iz grafikona 9 vidi se kako se broj osoba koje plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja povećao u odnosu na 2017. godinu. Kao posljedica toga, povećavaju se prihodi Zavoda.



Grafikon 9: Broj osoba koje same plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane HZZO-a za razdoblje od 2013. do 2018. godine
Izvor: Izrada autorice prema podacima HZZO-a

Ukupan broj osiguranika koji ispunjavaju uvjete za plaćanje police dopunskog zdravstveng osiguranja na teret Državnog proračuna (grafikon 10) u razdoblju od 2013. do 2015. godine povećao se. Međutim, od 2016. do 2018. godine dolazi do smanjenja osoba koji ispunjavaju uvjete za plaćanje police dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret Državnog proračuna koje je bilo jako značajno. Tako je 2013. godine bilo čak 954.411 osiguranika koji ispunjavaju uvjete za plaćanje police dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret Državnog proračuna, a 2018. godine 673.361.



Grafikon 10: Broj osoba koje ispunjavaju uvjete za plaćanje police dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret Državnog proračuna od 2013. do 2018. godine
Izvor: Izrada autorice prema podacima HZZO-a

5. ZAKLJUČAK

Cilj rada bio je analizirati obuhvat obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja te tržište zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj. Nositelj obveznog i dijela dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, javna ustanova koja djeluje po principu uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje pružaju i privatna društva za osiguranje.

Obvezno zdravstveno osiguranje svojim osiguranicima pruža pravo na zdravstvenu zaštitu i na novčane naknade. Osiguranici ovog osiguranja su sve osobe koje obavljaju neku gospodarsku djelatnosti ili su u radnome odnosu. Obvezno zdravstveno osiguranje se ne može odabrati, dok se s druge strane dobrovoljno može. S obzirom na nastanak sve većeg deficita zdravstvenog sustava provele su se reforme zdravstvenog sustava koje su imale za cilj smanjiti opseg zdravstvenih usluga koje pokriva sustav obveznog zdravstvenog osiguranja i dio troška zdravstvene zaštite prebaciti na pojedinca. Kako bi pojedinci izbjegli rizik nastanka dodatnog troška, ali i zbog same zdravstvene zaštite, odnosno svima bi trebalo biti na prvom mjestu njegovo opće zdravlje, sve više njih se odlučuje kupiti neku od dostupnih polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Naime, s obzirom na ograničeno pokriće obveznog zdravstvenog osiguranja, na značajnosti dobiva dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se sastoji od dopunskog, dodatnog i privatnog osiguranja. Prilikom potpisivanja police dopunskog osiguranja, ugovaratelj osiguranja ima pravo na pokriće dijela troškova do pune cijene usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Dodatno i privatno zdravstveno osiguranje jamče veći opseg prava i viši standard usluga (npr. odlazak na pregled u privatne zdravstvene ustanove). Upravo zbog same potrebe za ovom vrstom zdravstvenog osiguranja potražnja za njima povećava se kroz godine. Kada govorimo o koristima koje proizlaze od kupnje police, nije stvar samo pojedinaca, već i poslodavaca zbog čega se teži da ovakve uplate s vremenom postanu praksa sve većeg broja poduzeća. Osiguranjem dodatne zdravstvene zaštite poduzeća smanjuju vrijeme trajanja bolovanja, zadržavaju kvalitetan kadar i ostale povezane troškove, ali i ostvaruju pozitivan psihološki učinak na zaposlenike kroz brigu o njihovom zdravlju.

U 2017. godini ukupna premija zdravstvenog osiguranja iznosila je 487.839.564 kn, dok je u istoj godini premija svih vrsta osiguranja iznosila 9.055.923.737 kn, što predstavlja udio ukupne premije zdravstvenog osiguranja u odnosu na ukupne premije svih osiguranja u visini 5,39%. Ako usporedimo relativne promjene zdravstvenog osiguranja i ukupnih premija svih osiguranja možemo doći do zaključka kako zdravstveno osiguranje u 2017. godini, u odnosu na 2016. godinu, ima viši rast i to u razlici od 15,8%.
Ako se pak s druge strane promatra ukupan broj likvidiranih šteta za zdravstveno osiguranje u 2017. godini ono iznosi 2.776.425, dok je isti podatak u 2016. godini iznosio 2.598.872. Isto tako, usporedimo li ta dva podatka možemo doći do zaključka da je apsolutna promjena pozitivna i to u iznosu od 177.553, odnosno iskazano relativno 6,8%. Ako se zdravstveno osiguranje uspoređuje s drugim osiguranjima u kategoriji likvidiranih šteta možemo reći da je na šestom mjestu i to iza osiguranja troškova pravne zaštite, osiguranja od požara i elementarnih šteta, osiguranja jamstva, osiguranja pomoći (asistencije) i osiguranja plovila.

Iz gore navedenog može se zaključiti kako su dobrovoljna zdravstvena osiguranja ona koja imaju trend rasta na tržištu osiguranja, te da bi se taj trend trebao i nastaviti. Bitno je naglasiti da je situacija u zdravstvenom osiguranju daleko od idealne.

Ono što možemo zaključiti je da treba svima osigurati efikasniju dostupnost primarne zdravstvene zaštite jer pravovremeno otkrivanje bolesti i djelovanje na nju spašava život, a i smanjuje troškove bolničkog liječenja. U ovome trenutku je vidljivo kako obvezno zdravstveno osiguranje nije dovoljno da bi se zadovoljile sve potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom. Jedini način kojim će se najbolje održati sustav zdravstvenog osiguranja je da se što veći teret financiranja zdravstvene zaštite prenese na teret privatnog sektora.

LITERATURA

Knjige:

1. Andrijašević, S. - Petranović, V (1999.): Ekonomika osiguranja, Alfa, Zagreb
2. Vehovec, M. (2014.): O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski institut, Zagreb
3. Bijelić, M. (2002.): Osiguranje i reosiguranje, Tectus, Zagreb

Narodne novine:

1. Narodne novine (2013): Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN broj 80/13, 137/13
2. Narodne novine: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH, NN broj 80/13, 15/18
3. Narodne novine (2006): Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, NN broj 85/06, 150/08, 71/10
4. Narodne novine (2009): Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja, NN broj 2/2009

Izvori s interneta:

1. HZZO.hr, službena web stranica, raspoloživo na: https://www.hzzo.hr/o-zavodu/, 27.03.2019.
2. HZZO: pravni okvir, Internet, raspoloživo na: https://www.hzzo.hr/o-zavodu/pravni-okvir/, 15.04.2019.
3. HZZO: zdravstvena zaštita, Internet, raspoloživo na: https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/, 27.03.2019.
4. HZZO: obvezno zdravstveno osiguranje, novčane naknade, raspoloživo na: https://www.hzzo.hr/obvezno-osiguranje/novcana-naknada/, 08.05.2019.
5. Ordinacija.hr, http://ordinacija.vecernji.hr/zdravlje/ohr-savjetnik/zasto-izabrati-dopunsko-zdravstveno-osiguranje-hzzo-a/.
6. HZZO: e-Zdravstvo, (Internet), raspoloživo na: https://www.hzzo.hr/e-zdravstveno/, 28.05.2019.
7. Izrada grafikona prema statističkim podacima, dostupni na HZZO.hr, godišnja izvješća
8. Izrada tablica i grafikona prema godišnjim izvješćima, statistički podaci osiguranja, dostupni na huo.hr

POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIKONA

Popis grafikona

Grafikon 1: Aktivni osiguranici zdravstvenog osiguranja prema spolu u 2018. godini 15
Grafikon 2: Osigurane osobe u RH u razdoblju od 2013.-2018. godine..... 15
Grafikon 3: Prosječan broj nositelja osiguranja i njihovih članova obitelji u 2018. godini..... 16
Grafikon 4: Broj društava za osiguranje i društava za reosiguranje u 2017. 24
Grafikon 5: Udio premije zdravstvenog osiguranja izražen u postotcima, za razdoblje od 2010. do 2017. godine 28
Grafikon 6: Zaračunata bruto premija i likvidirani iznosi šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2010. do 2017. godine 29
Grafikon 7: Udio likvidiranih bruto iznosa šteta zdravstvenog osiguranja u % za razdoblje od 2010. do 2017. godine 30
Grafikon 8: Broj ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane HZZO-a za razdoblje od 2013. do 2018. godine 33
Grafikon 9: Broj osoba koje same plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja od strane HZZO-a za razdoblje od 2013. do 2018. godine 33
Grafikon 10: Broj osoba koje ispunjavaju uvjete za plaćanje police dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret Državnog proračuna od 2013. do 2018. godine..... 34

Popis tablica

Tablica 1: Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja društava koja se bave dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za 2017. godinu 25
Tablica 2: Broj osiguranih osoba te aktivnih polica zdravstvenog osiguranja u 2017. godini 26
Tablica 3: Zaračunata bruto premija zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2010. do 2017. godine 28
Tablica 4: Iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja u razdoblju od 2010. do 2017. godine 29
Tablica 5: Zaračunata bruto premija i broj osiguranja zdravstvenog osiguranja za 2017. godinu (u kn) 31
Tablica 6: Broj i iznos likvidiranih šteta zdravstvenog osiguranja za 2017. godinu (u kn)..... 32

SAŽETAK

U ovom radu analizirano je zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj s obuhvatom i obveznog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. S obzirom na ograničeno pokriće obveznim zdravstvenim osiguranjem većina ljudi se sve više odlučuje za dobrovoljno osiguranje zbog ostvarenja kvalitetnije zdravstvene zaštite te manjih budućih troškova. Bruto premija dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2017. godini iznosila je 487,8 milijuna kuna i bilježi rast od 19,2% u usporedbi s prethodnom godinom. Trend rasta dopunskog zdravstvenog osiguranja očekuje se i u budućnosti. Dodatno zdravstveno osiguranje još od 2012. godine nastavlja trend pada u odnosu na ukupno zdravstveno osiguranje te iznosi 33,51%. Zaključujemo kako je za razliku od dopunskog zdravstvenog osiguranja dodatno osiguranje manje razvijeno, a primarni razlog je cijena koju si ne može priuštiti veći dio stanovništva.

Ključne riječi: obvezno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje, Republika Hrvatska

SUMMARY

This paper analyzes health insurance in the Republic of Croatia with coverage of compulsory and voluntary health insurance. Due to the limited coverage of compulsory health insurance, most people are increasingly opting for voluntary insurance for better health care and lower future costs. The gross premium for supplementary health insurance in 2017 amounted to HRK 487.8 million, recording a growth of 19.2% compared to the previous year. The growth trend of supplementary health insurance is also expected in the future. Additional health insurance has continued to decline from 2012 to total health insurance, amounting to 33.51%. We conclude that unlike supplementary health insurance, supplementary insurance is less developed, and the primary reason is the price that most of the population can not afford.

Key words: compulsory health insurance, voluntary health insurance, Republic of Croatia