

# ANALIZA ODABRANIH PONUDA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

---

**Cvijetović, Monika**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Karlovac University of Applied Sciences / Veleučilište u Karlovcu**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:128:956597>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-22**



**VELEUČILIŠTE U KARLOVCU**  
Karlovac University of Applied Sciences

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of Karlovac University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Veleučilište u Karlovcu  
Odjel Sigurnosti i zaštite  
Stručni studij sigurnosti i zaštite

Monika Cvijetović

# **Analiza odabranih ponuda dopunskog zdravstvenog osiguranja**

ZAVRŠNI RAD

Karlovac, 2023

Karlovac University of Applied Sciences  
Safety and Protection Department

Professional undergraduate study of Safety and Protection

Monika Cvijetović

# **Analysis of selected supplementary health insurance offers**

Final paper

Karlovac, 2023

Veleučilište u Karlovcu  
Odjel Sigurnosti i zaštite  
Stručni studij sigurnosti i zaštite

Monika Cvijetović

# **Zdravstveno osiguranje-dopunsko zdravstveno osiguranje**

ZAVRŠNI RAD

Mentor: dr.sc. Nikolina Smajla

Karlovac, 2023

## II. PREDGOVOR

Uvelike se zahvaljujem mentorici dr. Nikolini Smajli na razumijevanju, strpljenju, susretljivost i pruženim savjetima prilikom procesa pisanja završnog rada. Također, zahvaljujem se svima koji su mi bili podrška tijekom studiranja, a posebno svojoj obitelji i partneru. Hvala Vam što ste mi pružili bezuvjetnu podršku!

### III. SAŽETAK I KLJUČNE RIJEČI

U priloženom radu obrađena je tema zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj s naglaskom na princip funkcioniranja dopunskog zdravstvenog osiguranja. Cilj rad bio je omogućiti jednostavan i sažet pregled koncepta pružanja usluge zdravstvene zaštite na ovom području te analizirati i usporediti tri različita pružatelja usluge osiguranja na tržištu dopunskog zdravstvenog osiguranja. Usporedba je izvršena na temelju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Croatia osiguranja d.d te Uniqa osiguranja d.d. U radu je prikazan kratki povijesni pregled razvoja osiguranja te je objašnjen sam koncept pojma osiguranja i njegovih elementarnih značajki, kako bi se omogućilo lakše razumijevanje spomenute tematike. Omogućen je sažet pregled podjele zdravstvenog osiguranja na obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje se nadalje dijeli na dopunsko osiguranje, dodatno osiguranje te privatno osiguranje, iako je prvotni fokus rada usmjeren na analizu sustava dopunskog zdravstvenog osiguranja. Odnosno, na način na koji isti funkcionira na tržištu osiguranja te koji zakonski akti definiraju područje njegova djelovanja.

Ključne riječi: zdravstvo, osiguranje, dopunsko, obvezno, dobrovoljno, dodatno, privatno, tržište, povijest osiguranja

## SUMMARY AND KEY WORDS

The attached paper deals with the topic of health insurance in the Republic of Croatia with an emphasis on the principle of functioning of supplementary health insurance. The aim of the paper was to provide a simple and concise overview of the concept of providing health care services in this area and to analyze and compare three different insurance service providers on the supplementary health insurance market. The comparison was made on the basis of the Croatian Institute for Health Insurance, Croatia Insurance d.d. and Uniqa Insurance d.d. The paper presents a brief historical overview of the development of insurance and explains the very concept of the term insurance and its elementary features, in order to facilitate an easier understanding of the mentioned topic. A concise overview of the division of health insurance into mandatory and voluntary health insurance is provided, which is further divided into supplementary insurance, additional insurance and private insurance, although the initial focus of the work is on the analysis of the supplementary health insurance system. That is, in the way it functions in the insurance market and which legal acts define the area of its activity.

Key words: health, insurance, supplementary health insurance, primary health insurance, health service, insurance market, history of insurance

## IV. SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
1.1. Predmet i cilj rada.....	2
1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja .....	3
2. Uvod u predmetno područje- pojam osiguranja .....	4
2.1. Povijesni pregled .....	7
2.2. Definiranje zdravstvenog osiguranja u RH.....	8
2.3. Obilježja obveznog zdravstvenog osiguranja .....	9
2.4. Obilježja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.....	13
2.4.1. Dopunsko osiguranje .....	14
2.4.2. Dodatno osiguranje.....	17
2.4.3. Privatno osiguranje .....	19
3. Analiza odabranih osiguravajućih društava (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Croatia osiguranje d.d., Uniqa osiguranje d.d.).....	21
3.1. Analiza ponude dopunskog zdravstvenog osiguranja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje .....	21
3.1.1. Ugovor o dopunskom osiguranju, prava i obveze.....	21
3.1.2. Opseg osigurateljnog pokrića .....	23
3.1.3. Iskaznica dopunskog osiguranja .....	24
3.2. Analiza ponude dopunskog zdravstvenog osiguranja CROATIA OSIGURANJE d.d.....	25
3.2.1. Ugovor o dopunskom osiguranju, prava i obveze.....	25
3.2.2. Opseg osigurateljnog pokrića .....	26
3.2.3. Iskaznica dopunskog osiguranja .....	27
3.3. Analiza ponude dopunskog zdravstvenog osiguranja UNIQA OSIGURANJE d.d. ....	29
3.3.1. Ugovor o dopunskom osiguranju, prava i obveze.....	29
3.3.2. Opseg osigurateljnog pokrića .....	30
3.3.3. Iskaznica dopunskog osiguranja .....	31
4. Rezultati analize .....	33
5. Zaključak.....	34
6. Literatura .....	35
7. Popis ilustracija .....	39



## 1. Uvod

Zdravlje je najbitnija stavka u životu pojedinca, dok je čovjek zdrav s lakoćom rješava životne izazove. Zdravom čovjeku lako je izbalansirati svakodnevni život i obveze. No što se dogodi kada nastupe zdravstveni problemi? Egzistencija individue i zajednice koja ovisi o njoj dolaze u pitanje. Iz tog razloga društvo je osmislilo koncept zdravstvenog osiguranja, kako bi u najpotrebnijim trenucima pojedincu bila olakšana situacija u kojoj se našao. U daljnjem dijelu rada bit će pružen pregled sustava Zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj koji se dijeli na obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Obvezno zdravstveno osiguranje pravo je svakog stanovnika Republike Hrvatske te temelj za daljnja dobrovoljna osiguranja poput dopunskog i dodatnog osiguranja, dok je privatno osiguranje namijenjeno stranicama, koji se neko vrijeme nalaze u Hrvatskoj. Poseban osvrt usmjeren je na sustav dopunskog zdravstvenog osiguranja, koji omogućuje financiranje dijela cijene zdravstvene usluge, koja je pružena u obveznom zdravstvenom osiguranju. Dan je pregled usluge dopunskog osiguranja kod triju pružatelja navedene usluge. S obzirom da je koncept dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj prisutan dugi niz godina, nije neuobičajeno da je njegovo tržište razvijeno te strogo definirano odlukama, propisima te domaćim, europskim i međunarodnim zakonima. Iz tog razloga, pretpostavka je da većina osiguravajućih društava na tržištu dopunskog zdravstvenog osiguranja ima slične ili gotovo iste uvijete, obveze i prava, a razlike se uglavnom mogu pronaći u cijeni usluge.

## 1.1. Predmet i cilj rada

S obzirom na važnost ove tematike za svaku individuu i cjelokupnu zajednicu, predmet rada jest zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj s posebnim osvrtom na sustav dopunskog osiguranja. Prvotni fokus rada jest analiza koncepta osiguranja i kratki povijesni razvoj osiguranja te njegovih značajki, kako bi naposljetku bili u mogućnosti shvatiti i sam sustav zdravstvenog osiguranja. Glavni cilj rada je definiranje i pružanje pregleda ustroja zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, obuhvaćajući analizu sustava obveznog i dobrovoljnog osiguranja te pregled i analizu ponuda odabranih pružatelja usluga dopunskog osiguranja.

## 1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja

Izvori podataka u priloženom radu uglavnom su elektronskog oblika, a obuhvaćaju knjige, hrvatsku online enciklopediju, zakonske i podzakonske akte, službene dokumente te službene internetske stranice Vlade Republike Hrvatske, Narodnih novina, Hrvatske agencije za nadzor financijskih usluga, Hrvatskog Zavoda za zdravstveno osiguranje, Croatia osiguranja d.d. te Uniqa osiguranja d.d. Metode istraživanja <sup>[1]</sup> koje su se koristile prilikom izrade rada uključuju metodu klasifikacije tj. grupiranja i sintetiziranja podataka, metodu deskripcije, dakle opisivanje ili očitavanje činjenica bez znanstvenog potkrjepljenja, metodu analize, odnosno seciranje istraženih podataka te izvođenje zaključka iz istih, metodu sinteze u kojoj se raščlanjivanjem činjenice ili zaključka dolazi do jednostavnijih elementa tematike, metodu indukcije koja omogućuje izvođenje zaključka na temelju izoliranih slučajeva, metodu dedukcije koja omogućuje zaključivanje o pojedinom elementu na temelju opće prosudbe, metodom konkretizacije, tj. donošenje zaključaka od apstraktnog ka konkretnom te prikazivanje podataka u obliku slike, grafikona ili tablice. <sup>[2]</sup>

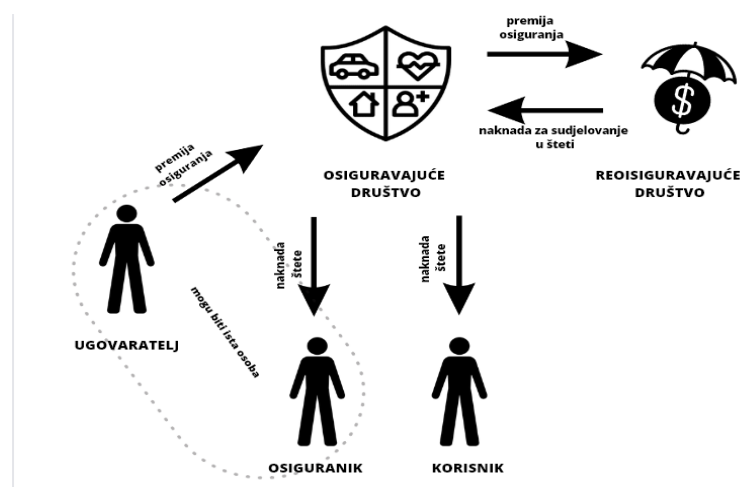
## 2. Uvod u predmetno područje- pojam osiguranja

Kontinuiranim razvojem i napretkom te potrebom za određenom stabilnošću i sigurnošću, čovječanstvo je došlo do zaključka kako je važno zaštititi sve ono što smatra relevantnim. S obzirom da je gotovo nemoguće izbjeći pojavu neželjenog događaja, bila to prirodna ili umjetno izazvana katastrofa, bolest ili nezgoda, kreiran je sustav u kojem se pojedincu ili skupini, u određenoj mjeri garantira svojevrsna financijska „pomoć“ u takvim trenucima u zamjenu za kontinuirane te dogovorene financijske doprinose. Za svaku osobu te za svako materijalno dobro, postoji mogućnost ugroze koje je neizbježna, a s obzirom da financijska stabilnost znači i egzistencijalnu stabilnost, razvijen je koncept osiguranja. Osiguranje je metoda transfera rizika s osiguranika na osiguratelja u slučaju neželjenog događaja, uz uvjet da je ranije sklopljen ugovor između dvije strane, koji jamči navedeno. Općenito osiguranje prema svrsi dijelimo na životna osiguranja i na neživotna osiguranja. Životno osiguranje obuhvaća životno i rentno osiguranje te dodatna osiguranja životnog osiguranja, dok pod neživotna osiguranja ubrajamo: zdravstveno osiguranje, osiguranje od nezgoda, putno osiguranje, osiguranje cestovnih, plovnih, tračnih, i zračnih vozila, osiguranje od požara i elementarnih ugroza, osiguranje od odgovornosti, osiguranje kredita i jamstva, osiguranje financijskih gubitak i sl.

Sustav osiguranja, odnosno rad osiguravajućih društava definiran je *Zakonom o osiguranju* (NN 330/15, 112/18, 63/20, 133/20, 151/22), a njegov rad kontrolira Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA). Sam koncept osiguranja možemo promatrati s dva stajališta-stajališta pojedinca i stajališta kolektiva. <sup>[3]</sup> Za pojedinca ono predstavlja gospodarski instrument, koji mu omogućava da na temelju poštivanja ugovora, osigura njemu bitnu stavku ukoliko bi došlo do neizvjesnog događaja. <sup>[3]</sup> Dok za kolektiv, osiguranje omogućava smanjenje te uklanjanje mogućih rizika, na način da se kombiniraju istovrsni rizici, kako bi se omogućio objektivn pogled na mogućnost određenog gubitka u kolektivu. Na osiguranje možemo gledati kao na ekonomsku djelatnost te kao na pravni odnos temeljen na ugovoru. <sup>[3]</sup> Glavne značajke osiguranja su prijenos rizika s pojedinca na društvo te objedinjavanje rizika i podjela gubitaka na sve sudionike u osiguranom kolektivu. Osnovna funkcija osiguranja jest funkcija naknade štete i preventive, na razini pojedinca i kolektiva. Osiguravajuće društvo dužno je održavati financijsku adekvatnost, kako bi bilo u mogućnosti podnijeti i nadomjestiti gubitke. Nužno je poštivati načela likvidnosti i

solventnosti, odnosno redovito i pravodobno ispunjavati dospjele obveze <sup>[4]</sup> te posjedovati trajnu sposobnost ispunjavanja dospjelih obveza.

Glavni akteri (sl. 1) osiguranja su: ugovaratelj osiguranja, osiguratelj ili osiguravajuće društvo, osiguranik, korisnik osiguranja te reosiguravajuće društvo. Osoba koja ugovara osiguranje i plaća premiju jest *ugovaratelj*. On može sam za sebe ili za drugu osobu (*osiguranika*) ugovoriti osiguranje, a ukoliko ugovara osiguranje za sebe tada preuzima i ulogu osiguranika. Potpisivanjem ugovora o osiguranju, pojedinac postaje član specifične rizične zajednice. Jedna rizična zajednica obuhvaća sve osiguranike koji su se zaštitili od istovrsnih rizika. Nadalje, osoba koja je *korisnik*, u slučaju smrti osiguranika preuzima prava iz ugovora o osiguranju. Osiguravajuće društvo mogu osnovati pravne ili fizičke osobe kao dioničko društvo ili kao društvo za uzajamno osiguranje. Ono obnaša funkciju osiguratelja, odnosno zaprima prijenos rizika s osiguranika na sebe te dijeli gubitak na sve članove osiguravajuće organizacije. Društva mogu djelovati samo na poslovima za koje im je HANFA izdala dozvolu te mogu bit univerzalna ili specijalizirana za konkretnu vrstu osiguranja. Zakonom je dopušteno osiguravajućim društvima čija je primarna djelatnost životno osiguranje da prošire djelatnost na zdravstveno osiguranje te osiguranje od nezgode (i obrnuto). <sup>[3]</sup> Nastale štete društvo isplaćuje osiguraniku i to proporcionalno riziku koji on donosi u predviđenu rizičnu zajednicu. <sup>[3]</sup> Reosiguravajuće društvo obnaša funkciju reosiguranja, odnosno osiguratelj prenosi dio rizika (za kojeg plaća premiju) na reosiguratelja, kako bi se smanjila mogućnost propadanja osiguravajućih društava ukoliko su izložena visokim rizicima.



Sl. 1: Akteri osiguranja <sup>[3]</sup>

Kako je navedeno ranije, HANFA jest financijsko nadzorno tijelo namijenjeno kontroli i regulaciji rada pravnih i fizičkih osoba koje pružaju usluge na financijskom tržištu. Agencija je nastala stapanjem tri već postojeće nadzorne institucije *Agencije za nadzor mirovinskih fondova i osiguranja*, *Komisije za vrijednosne papire* i *Direkcije za nadzor društava za osiguranje*. Obnaša ulogu samostalne pravne osobe s javnim ovlastima prvenstveno propisanih *Zakonom o Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga* (NN 140/05, 154/11, 12/12), a odgovara Hrvatskom Saboru. HANFA „se rukovodi načelima transparentnosti, izgradnje povjerenja među sudionicima financijskih tržišta i izvješćivanja potrošača“<sup>[5]</sup> Glavni cilj jest održavanje i unaprjeđivanje stabilnosti financijskog sustava te nadzor zakonitosti istih. Nadzor provodi nad poslovanjem: burzi i javnih tržišta, raznih investicijskih društava te pružatelje vrijednosnih papira, brokera i ostalih investicijskih savjetnika društava za osiguranje, društava za reosiguranje, zastupnika i posrednika u osiguranju i reosiguranju, investicijskih i mirovinskih osiguravajućih društava i fondova, središnjeg klirinškog depozitarnog društva, središnjeg registra osiguranika, fonda hrvatskih branitelja Domovinskog rata te fizičkih i pravnih osoba koje provode poslove leasinga i faktoringa (ukoliko nisu pod nadzorom bankarske registrirane djelatnosti).<sup>[5]</sup>

## 2.1. Povijesni pregled

Potreba za osiguranjem, prema poznatim podacima, pojavljuje se čak 3000 godina pr.N.E. u Kini. Tamošnji trgovci razvili sistem raspodjele rizika, sustav u kojem su robu prevoženu velikim brodovima preko rijeka, raspodijelili na više manjih brodova, kako bi se osigurali od velikih gubitaka u slučaju nepoželjnih događaja poput potonuća ili piratstva. Svaki gubitak dijelio se na sve trgovce te su jedni drugima međusobno nadoknađivali izgubljenju robu kako bi osigurali svoj vlastiti i međusobni opstanak. <sup>[6]</sup>

Prvi službeni pisani trag o začecima osiguranja seže u Babilon u 1700. godinu pr.N.E. U Hamurabijevom zakoniku spominju se prve odredbe raspodjele rizika na temelju međusobne solidarnosti koje su proizašle iz čestih pljački prilikom prijevoza robe pustinjom. Također se spominju i kazne za nepropisnu gradnju koja je u to vrijeme često uzrokovala lančane požare ili urušavanja. <sup>[6]</sup>

U Rimskom Carstvu pojavljuje se princip takozvanog „pomorskog zajma“, gdje se dobivao zajam prije odlaska broda na putovanje. Prilikom njegova vraćanja, vlasnik je isplatio zajam i dodatnu naknadu posuđivaču, ukoliko je roba neoštećena stigla na predviđeno odredište. Ovu vrstu zajma ukinuo je dekretom papa Grgur VII zbog izraženog, učestalog lihvarjenja. Osim pomorskog zajma u srednjem vijeku postojale su i „obrtničke udruge koje su imale zadatak da unapređuju i štite interese obrtnika određenih obrta“. <sup>[6]</sup> Takve udruge promicale su međusobno pomaganje između svojih članova, u slučaju raznih neprilika.

S obzirom da se pojava osiguranja razvijala paralelno s razvojem pomorstva nije čudno da je prva pisana isprava o pomorskom osiguranju izdana u Genovi 1374. godine. <sup>[3]</sup> Također, prvu policu osiguranja pronalazimo 1384. godine u Pisi. Značajan podatak zasigurno jest taj da je u Dubrovniku 1568. godine izdan *Zakon o pomorskom osiguranju*, koji se danas smatra najstarijim zakonom vezanim uz pojam osiguranja. Širenjem pomorskih puteva proširila se i potreba za osiguranjem pa je tako u velikoj Britaniji osnovano društvo individualnih osiguravatelja pod nazivom *Lloyd's Underwriters Association* koje postoji i dan danas. Nadalje, 18. i 19. stoljeće obilježio je početak uređivanja zakonske regulative ovog područja te upotreba aktuarskog izračuna premije. <sup>[6]</sup> Odnosno pojavljuju se aktuari, osobe specijalizirane za izračun vjerojatnosti rizika koji utječu na poslovanje. <sup>[7]</sup>

U Hrvatskoj prvo osiguravajuće društvo pod nazivom Croatia, čija će usluga dopunskog osiguranja biti analizirana u eksperimentalnom dijelu rada, osnovano je 1884 .godine kao protu odgovor na ekonomsku ovisnost o inozemnim financijskim izvorima.

## 2.2. Definiranje zdravstvenog osiguranja u RH

Prema hrvatskoj enciklopediji zdravstveno osiguranje je “sustav koji osigurava osnovna prava u slučaju zaštite zdravlja, bolesti, ozljede, trudnoće i poroda te spriječenosti za rad, potom putne troškove radi korištenja zdravstvene zaštite, naknadu osobnoga dohotka tijekom spriječenosti za rad i dr.”<sup>[8]</sup> Zdravstveno osiguranje omogućava svojevrsnu sigurnost pojedincu, u trenucima kada je njegovo zdravlje ugroženo, a samim time i njegova mogućnost za brigu o vlastitoj i tuđoj egzistenciji. Vlada RH je 2012. godine implementirala *Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva* za period od 2012. godine do 2020. godine.<sup>[9]</sup> Njime su definirani pravci koji se odnose na razvoj zdravstva RH za navedeno razdoblje. Financiranje zdravstvenog sustava dolazi iz više izvora. Doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju zaposleni i samozaposleni građani te poslodavci. Radno aktivni građani plaćaju doprinose ne samo za sebe, već i za svoje nezaposlene ukućane. Osobe koje su oslobođene plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje su oni građani koji se mogu svrstati u neku od socijalno osjetljivih kategorija, poput umirovljenika i osoba s niskim primanjima.

Zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj definirano je zakonima i drugim aktima. Temeljni zakon zdravstvenog osiguranja jest *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju* (NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23) te *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* i *Zakon o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenoj zaštiti* (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23). Od 1. srpnja 2013. godine primjenjuje se novi zakon, *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju* (NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23). Prema hrvatskom zakonu zdravstveno osiguranje dijeli se na obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Obvezno zdravstveno osiguranje funkcionira na temelju načela uzajamnosti i solidarnosti, a provodi ga Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje dijeli se na dopunsko, dodatno i zdravstveno osiguranje. Dopunskim osiguranjem pojedincu se osigurava pokriće pune cijene ili dijela troškova zdravstvene zaštite, dostupne u obveznom zdravstvenom osiguranju. Dok je dodatno zdravstveno osiguranje namijenjeno osiguravanju višeg standarda zdravstvene zaštite obveznog zdravstvenog osiguranja. Nadalje, privatno zdravstveno osiguranje namijenjeno je fizičkim



osobama koje borave u Republici Hrvatskoj i nisu obvezne osigurati se u skladu s *Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj* (NN 80/13, 15/18, 26/21, 46/22) koji je na snazi od 16. travnja 2022. godine.

### 2.3. Obilježja obveznog zdravstvenog osiguranja

Obvezno zdravstveno osiguranje manifestira se kroz načela uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti, a definirano je *Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju* (NN br. 80/13., 137/13., 98/19. i 33/23.)<sup>[10]</sup> Provodi ga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), a novčana sredstva za provedbu obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se iz državnog proračuna. Svrha obveznog osiguranja jest omogućiti svim osiguranicima, minimalnu podjednaku i ravnopravnu mogućnosti brige o vlastitom zdravlju te pokrivanje previđenih osnovnih troškova te brige.

Ovakav model zdravstvenog osiguranja može se smatrati osnovnim zdravstvenim osiguranjem, s obzirom da su obvezni osigurati se svi hrvatski državljani s prebivalištem u Republici Hrvatskoj, stranci s odobrenim stalnim ili dugotrajnim boravištem, ukoliko nije drugačije predodređeno zakonima Europske Unije ili međunarodnim ugovorima. Također, mogućnost obveznog zdravstvenog osiguranja imaju i državljani Europske Unije, Švicarske konfederacije te Ujedinjene Kraljevine Velike Britanije i Sjeverne Irske, ali i svi oni državljani država, koje s Republikom Hrvatskom imaju sklopljen ugovor koji utvrđuje pitanje zdravstva kroz socijalno osiguranje te državljani država koji zbog sklopljenog radnog odnosa i odobrenog privremenog boravka u RH polažu pravo na to, ukoliko nije određeno drugačije europskim ili međunarodnim ugovorima i propisima.<sup>[10]</sup> Dakle, svim osiguranim osobama omogućena su prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno opseg prava i obveza osiguran je za svaku pojedinu osobu u osiguravajućoj zajednici i to pod jednakim uvjetima.

Prava koje pojedinac stječe obveznim zdravstvenim osiguranjem su pravo na zdravstvenu zaštitu te pravo na novčane naknade. Pravo na zdravstvenu zaštitu pokriva: pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, pravo na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, pravo na bolničku zaštitu, pravo na korištenje lijekova utvrđenih osnovnom i dopunskom listom lijekova HZZO-a, pravo na dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala HZZO-a, pravo na ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala HZZO-a te pravo na zdravstvenu zaštitu u drugim

državama članicama i trećim državama sukladno međunarodnim propisima i ugovorima. <sup>[11]</sup> Prava na novčane naknade su: naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti tj. spriječenosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite, novčana naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohoci, sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja, naknada za troškove prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, naknada za troškove smještaja jednom od roditelja ili osobi koja se skrbi o djetetu za vrijeme bolničkog liječenja djeteta. <sup>[11]</sup>

Nadalje, svaka osigurana osoba ima pravo izabrati željenog liječnika medicine, sukladno prebivalištu i boravištu osiguranika te blizini zdravstvene ustanove, bilo javne ili privatne. Izbor liječnika uključuje: liječnika opće prakse, odnosno obiteljske medicine, liječnika dentalne medicine te ginekologa. Roditelj ili skrbnik dužan je odabrati ginekologa za žensko dijete s minimalno navršenih 12 godina te pedijatra za dijete mlađe od 7 godina. <sup>[11]</sup> Liječnici se izabiru na period od jedne godine, nakon kojeg osiguranik ima pravo zatražiti, ukoliko to želi, nekog drugog liječnika. Ovaj postupak ostvaruje se osiguranikovim popunjavanjem izjave o odabiru ili promjeni liječnika koja je dostupna na web stranicama HZZO-a ili u uredu trenutnog liječnika opće prakse. <sup>[11]</sup> Zdravstvena zaštita aktivira se nakon 10 dana od potpisivanja izjave, a trenutni liječnik dužan je u roku od tri dana predati zdravstvenu dokumentaciju osiguranika novoizabranom doktoru. <sup>[11]</sup> Važno je napomenuti da se izabranog liječnika može promijeniti redovitim putem nakon godinu dana od zadnje promjene liječnika iako postoje iznimke zbog kojih se i unutar perioda od godine dana može tražiti promjena liječnika ukoliko je osiguranik promijenio prebivalište ili izbiva iz mjesta prebivališta i boravišta duže od tri mjeseca, ukoliko trenutni liječnik prestaje s radom, mijenja središte ordinacije ili mu je istekao ugovor s HZZO-om, ukoliko liječnik ima više klijenata od dozvoljenog maksimalnog broja osiguranika te ako nastane poremećaj međusobnih odnosa između liječnika i osigurane osobe te je time narušeno buduće liječenje osiguranika. <sup>[11]</sup> U zadnjem slučaju valjanost zahtjeva provjerava specijalno povjerenstvo te donosi odluku na temelju provedenog postupka.

Svaka osigurana osoba obvezna je prijaviti HZZO-u bilo koju promjenu koja ima utjecaj na prava utvrđena prema *Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju*. Osoba ima vremenski rok od osam dana u kojem je dužna prijaviti nastalu promjenu. Ukoliko osoba ne ispuni svoju obvezu, HZZO odnosno državni proračun može ju teretiti naknadom za nastalu štetu. U tom slučaju osoba je dužna, u roku od osam dana od pismene obavijesti, nadoknaditi novčanu vrijednost za koju je oštetila državni proračun.

Osigurana osoba u obveznom zdravstvenom osiguranju dužna je imati valjanu ispravu (zdravstvenu iskaznicu) kojom dokazuje status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Gubitak iskaznice osiguranik je dužan prijaviti najbližoj ispostavi područne službe, područnoj službi ili najbližem regionalnom uredu, a zahtjev za izdavanjem nove kartice može se dostaviti i elektronskim putem. Također, korisnik je dužan prijaviti promjene prezimena i adresa stanovanja. Status zdravstveno osigurane osobe dokazuje se jednom od dvije iskaznice za zdravstveno osigurane osobe: uobičajenom zdravstvenom iskaznicom (Sl. 2) te od siječnja 2007. godine novom ispravom, tzv. “pametnom karticom” (Sl. 3). Uobičajena zdravstvena iskaznica na sebi sadrži reljefno otisnute podatke osiguranika: OIB osiguranika, njegov datum rođenja, ime i prezime te matični broj osigurane osobe. Iskaznica dolazi u tri boje crvenoj koja označava odraslu osobu, ljubičastoj koja označava umirovljenike te ružičastoj koja označava dijete, odnosno maloljetnu osobu. Ovakve vrste iskaznica prestale su se izdavati od 2022. godine, ali se još uvijek mogu koristiti (Sl. 3).



Sl. 2: Primjer izgleda iskaznice zdravstveno osigurane osobe (ružičasta) –br.1 <sup>[12]</sup>

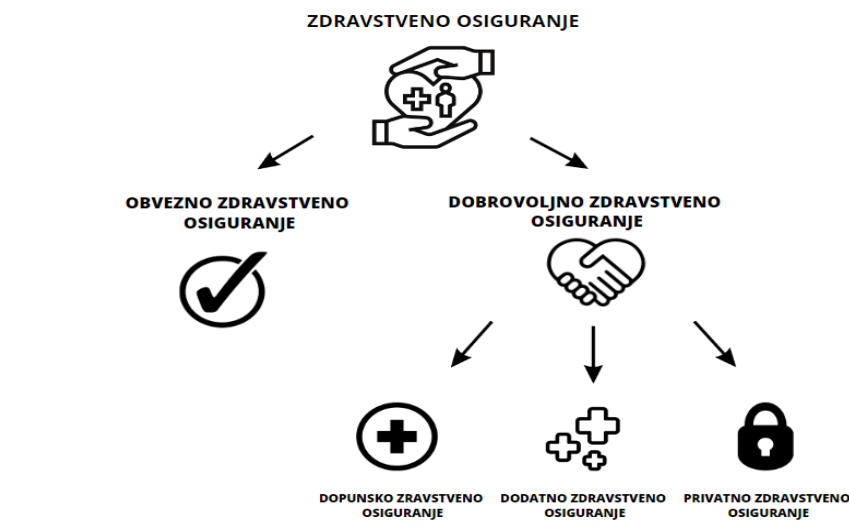
Prema *Odluci o iskaznici osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje* <sup>[13]</sup> iz 2017. godine prestaje važiti odluka iz 2007. godine. Sljedeća generacija zdravstvene isprave ima potpuno drugačiji dizajn te osim otisnutih podataka, sadrži i elektronički zapisane podatke, stoga se naziva pametnom karticom. Pametna kartica (Sl.3) je multifunkcionalna kartica, a sadrži reljefno otisnute podatke na prednjoj strani te podatke na magnetskoj kartici sa stražnje strane. Na prednjoj strani sadrži otisnut logotip zavoda, tekst “iskaznica zdravstveno osigurane osobe”, grb RH, otisnute podatke poput: brojčane oznake matičnog broja osigurane osobe, OIB osigurane osobe, ime, prezime i datum rođenja osiguranika, serijski broj iskaznice te rok valjanosti iskaznice te čip na kojem su pohranjeni osobni podaci, ali i osobni certifikat vlasnika iskaznice zdravstveno osigurane osobe. Prilikom korištenja kartice i njezina skeniranja, certifikat s PIN kodom koje upisuje osiguranik, omogućuje sigurno identificiranje vlasnika iskaznice. <sup>[13]</sup> Na poleđini kartice nalazi se magnetska traka za upis podataka i traka za potpis osigurane osobe te tekst naputka za korištenje i odgovornost vezane uz karticu.



Sl. 3: Primjer izgleda iskaznice zdravstveno osigurane osobe (pametna kartica) br. 2 <sup>[12]</sup>

## 2.4. Obilježja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Domenu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja određuje *Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju* (NN 85/06, 150/08, 71/10, 53/20, 120/21, 23/23), njime se “uređuju vrste, uvjeti i način provođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.”<sup>[14]</sup> Sukladno zakonu o osiguranju poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obavlja osiguravajuće društvo koje je prethodno ishodilo dozvolu za obavljanje određene vrste osiguranja od nadležnog tijela. Izuzev Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje koje je nadležno za provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja te odvojeno od njega, dopunskog zdravstvenog osiguranja. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje dijeli se na dopunsko osiguranje, dodatno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje. Dopunsko osiguranje i dobrovoljno osiguranje su neživotna osiguranja koja se ugovaraju dugoročno, odnosno na period od minimalno godinu dana. Kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja prava i obveze osiguranika ne mogu se nasljeđivati ili prenositi na druge osobe izuzev “prava na novčana primanja koja su dospjela za isplatu, a ostala su neisplaćena zbog smrti osiguranika.”<sup>[14]</sup> Dopunsko osiguranje namijenjeno je pokrivanju dijela troškova ili pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, dok dodatno zdravstveno osiguranje osigurava viši standard i veći opseg prava u odnosu na ona iz obveznog zdravstvenog osiguranja.<sup>[14]</sup> Osobe koje nisu građani Republike Hrvatske, odnosno neko vrijeme borave u RH, a nisu se obvezne osigurati sukladno *Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju* i *Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj* koriste se privatnim osiguranjem koje im omogućava zdravstvenu zaštitu za vrijeme njihova boravka u Republici Hrvatskoj.



Sl. 4: Podjela zdravstvenog osiguranja u RH<sup>[15]</sup>

#### 2.4.1. Dopunsko osiguranje

Dopunsko zdravstveno osiguranje jest vrsta dobrovoljnog osiguranja, a definirana je; *Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju* (NN 85/06., 150/08., 71/10., 53/20, 120/21 i 23/23) te *Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju* (NN 80/13. i 137/13.). Ministar zdravstva pravilnikom određuje pobliže uvjete i način provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja. U ovom slučaju, *Pravilnikom o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja* (NN 2/09. i 123/09.) te *Pravilnikom o postupku, uvjetima i načinu utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna* (NN 156/08., 88/10. i 31/16., 65/20.). Upravno vijeće Zavoda utvrđuje pravila, odluke i opće uvijete provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja<sup>[16]</sup> poput: *Odluke o usklađivanju prihodovnog cenzusa za ostvarivanje prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2023. godini* (NN 143/22.), *Odluke o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja* (NN 118/13., 11/14., 120/15., 74/16. i 147/22 ), *Odluke o načinu osiguravanja i raspolaganja sredstvima dopunskog zdravstvenog osiguranja* (NN 91/13., 12/14., 29/15. i 53/15.), *Odluke o izgledu, obliku, sadržaju i načinu korištenja iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja* (NN 32/09., 59/09., 118/09.,4/10., 125/13. i 11/16.), *Pravila uspostavljanja i provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja* (NN 91/13., 136/13., 21/14., 135/14., 144/14., 23/23, 26/23 i 55/23) te *Općih uvjeta ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju* (NN 91/13., 119/13., 18/14., 119/14., 135/14., 144/14., 17/15., 139/15., 63/16., 99/17. i 40/19.,).<sup>[17]</sup>

Dopunsko zdravstveno osiguranje osiguranoj osobi omogućuje pokriće dijela iznosa do punog iznosa cijene iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a utvrđuje se ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju, kojeg sklapaju ugovaratelj osiguranja i osiguravatelj, odnosno društvo za osiguranje. Poslove dopunskog osiguranja provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), a navedenu uslugu osiguranja u dopunskom zdravstvenom osiguranju mogu pružati i ostala osiguravajuća društva koja uz odobrenje HANFE omogućuju navedene usluge dopunskog osiguranja, poput Croatia osiguranja, Uniqa osiguranja, Allianz osiguranja i drugih.

Ugovaratelj zdravstvenog osiguranja može biti pravna ili fizička osoba, tijelo državne vlasti ili neko drugo tijelo koje sklapa ugovor o dopunskom osiguranju za osiguranika i za to plaća premiju osiguranja. Nužno je da ugovaratelj prema Zavodu ili drugom osiguravajućem tijelu nema nepodmirenih dugovanja, u suprotnom ne može sklopiti novi ugovor. Dakle, ugovaratelj sklapa ugovor za osiguranika, odnosno za sebe ili za treću osobu. Osiguranik jest osigurana

osoba. On može biti osoba koja je sklopila ugovor o dopunskom osiguranju ili za koju je fizička osoba, pravna osoba ili određeno tijelo sklopilo navedeni ugovor. Osiguranik dopunskog zdravstvenog osiguranja mora biti punoljetna osoba, koja ima utvrđen status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Stoga, svaki gubitak prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja utječe i na gubitak prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja. Osiguravatelj je osiguravajuće društvo koje pruža uslugu dopunskog zdravstvenog osiguranja, a to može biti HZZO ili neko drugo osiguravajuće društvo kojem je odobren rad u ovoj vrsti osiguranja.

*Hrvatski Zavod za zdravstveno osiguranje* određuje premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja. Premija je novčani iznos, definiran ugovorom o osiguranju, a naznačen na polici osiguranja, odnosno na ispravi kojom se dokazuje sklopljeni ugovor. Dopunsko osiguranje naplaćuje jednom godišnje ili se jednom mjesečno, mjesec započinje danom dospjeća premije, a završava s prethodnim danom istog datuma, ali narednog mjeseca. Sklapanju ugovora između osiguratelja i ugovaratelja prethodi ponuda osiguranja, koju Zavodu izdaje ponuditelj, a Zavod ugovratelju, kako bi upoznao ugovaratelja s pravima i uvjetima ugovora. Ponuda vrijedi osam dana od trenutka kada je izdana, a osiguranik je taj koji ju potpisuje. Svojim potpisom osiguranik pristaje na *Opće i posebne uvjete dopunskog zdravstvenog osiguranja*. Ponuda može biti u fizičkom i elektronskom obliku. Potpisom fizičke ili elektronske ponude sklopljen je ugovor o osiguranju, izuzev e-ponude kod koje nedostaju određeni podaci, u tom slučaju ugovor sklopljen tek prilikom uplate premije prije početka perioda osiguranja. Osiguranje počinje teći s danom zaprimanja ponude u Zavodu ukoliko se radi o fizičkoj ponudi ili slijedeći radni dan nakon primitka e-ponude, koja je dospjela u vrijeme neradnog vremena. Sva prava i obveze počinju vrijediti 15 dana nakon što je ugovor sklopljen, osim za osiguranike koji su već ranije imali sklopljen ugovor sa zavodom ili nekom drugom osiguravajućom kućom, a podnijeli su zahtjev za novu policu unutar 30 dana nakon isteka prethodne police osiguranja. <sup>[18]</sup> Svakom osiguraniku se dodjeljuje iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja te se izdaje polica dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao dokaz sklopljenog ugovora između navedenih strana.

Ugovor o dopunskom osiguranju sklapa se na godinu dana te ga je moguće produžiti na sljedeće jednogodišnje osigurateljno razdoblje. Svako osiguranje počinje u 00:00 sati od datuma naznačenog na polici kao početak osiguranja te isto tako prestaje u 24:00 sati na dan kada prestaje važiti polica. <sup>[19]</sup> Osiguranje može prestati i prije isteka roka naznačenog na polici i to u šest različitih slučajeva: smrt osiguranika (ugovor prestaje s danom smrti osiguranika), gubitak statusa osigurane osobe Zavoda (ugovor prestaje s danom gubitka statusa), raskidom ugovora,

istekom otkaznog roka ugovora, odustankom od ugovora (ukoliko premija nije plaćena prije početka važenja police) ili gubitkom prava na policu na teret državnog proračuna RH. <sup>[19]</sup>

Ukoliko osiguranje istekne, bude raskinuto ili ga osoba uopće ne sklopi, plaćat će punu cijenu usluge utvrđenu propisima Zavoda. Dakle kada osoba ne bi imala ugovoreno dopunsko osiguranje slijedeće usluge iznosile bi prema tablici:

Tab. 1: Prikaz vrste usluge i cijene zdravstvene zaštite bez dopunskog zdravstvenog osiguranja <sup>[20]</sup>

<b>USLUGA</b>	<b>CIJENA USLUGE (€)</b>
Participacija kod liječnika primarne zdravstvene zaštite	1,33
Lijekovi s B liste	ovisno o lijeku
Specijalistički pregled, obuhvaćajući dnevnu bolnicu te kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, (osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije)	3,32
Specijalistička dijagnostika	min. 6,64
Ortopedska i druga pomagala	min. 6,64
Dentalna pomagala	132,72 (18-65 godina) / 66,36 (65+)
Ambulantna fizikalna medicina i rehabilitacija te fizikalna medicina i rehabilitacija u kući	3,32
Liječenje u bolnici	13,27



#### 2.4.2. Dodatno osiguranje

Dodatno zdravstveno osiguranje pruža mogućnost osiguranja većeg opsega prava te kvalitetniju zdravstvenu skrb, odnosno viši standard medicinskih usluga u odnosu na prava omogućena obveznim zdravstvenim osiguranjem. Ustanovljuje se ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju kojeg sklapaju ugovaratelj osiguranja i osiguratelj, a definira se *Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju*, dok su pobliži uvjeti i načini provođenja utvrđeni pravilnikom ministra nadležnog za zdravstvo.

Ugovor sadržava najmanje sljedeće podatke: vrste i opseg dodatnoga osiguranja, ime i prezime osiguranika, naziv pravne ili fizičke osobe, tijela državne vlasti ili drugog tijela koji su sklopili ugovor o dodatnom osiguranju u suglasno s osiguranikom, uvjeti provođenja dodatnoga osiguranja, visina i način plaćanja premije te trajanje dodatnog osiguranja te popis zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava ili privatnih zdravstvenih radnika kod kojih je omogućeno korištenje pripadajućih prava. Ovu vrsta osiguranja mogu ugovoriti samo osobe koje su na temelju *Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju* ostvarile status osigurane osobe.

Prema *Pravilniku o uvjetima i načinu provođenja dodatnoga zdravstvenog osiguranja* osiguraniku se osiguravaju: pokriva troškova zdravstvenih usluga koja nisu pokrivena u obveznom zdravstvenom osiguranju, “isplatu novčanih naknada iznad iznosa utvrđenih u okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja“ <sup>[21]</sup> i to naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad prilikom korištenja zdravstvene zaštite, novčana naknada zbog “nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohoci” <sup>[21]</sup>, naknada troškova prijevoza vezanih uz korištenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te novčane naknade za vrijeme privremene spriječenosti za rad.

Svi osiguranici dodatnog zdravstvenog osiguranja posjeduju iskaznicu dodatnoga zdravstvenog osiguranja(Sl.5) koje je dokaz statusa osiguranika dodatnog osiguranja. Na prednjoj strani sadržava: na gornjoj lijevoj strani nalazi se naziv i adresa osiguravatelja, desno od naziva nalazi se natpis: *ISKAZNICA DODATNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA* , dok se ispod natpisa nalaze ime, prezime, adresa, dan, mjesec, godina i mjesto rođenja osiguranika te broj osobne iskaznice, oznaku vrste, opsega i šifre dodatnog zdravstvenog osiguranja, broj police osiguranja s vremenom trajanja istog kao i mjesto i datum izdavanja iskaznice. [21]

<p>NAZIV I ADRESA OSIGURAVATELJA</p> <p>IME I PREZIME _____</p> <p>ADRESA _____</p> <p>DAN, MJESEC, GODINA I MJESTO ROĐENJA _____</p> <p>BROJ OSOBNE ISKAZNICE _____</p> <p>VRSTA I OPSEG DODATNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA _____</p> <p>ŠIFRA DODATNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA _____</p> <p>U _____ (mjesto i datum izdavanja iskaznice)</p>	<p style="text-align: center;"><b>ISKAZNICA</b> <b>DODATNOGA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA</b></p> <p style="text-align: center;">Broj police</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="6" style="text-align: center;">VRIJEDI</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">OD</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">DO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">dana</td> <td style="text-align: center;">mj.</td> <td style="text-align: center;">god.</td> <td style="text-align: center;">dana</td> <td style="text-align: center;">mj.</td> <td style="text-align: center;">god.</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">(uključena su oba dana)</td> </tr> </table>	VRIJEDI							OD			DO		dana	mj.	god.	dana	mj.	god.	(uključena su oba dana)					
VRIJEDI																									
	OD			DO																					
dana	mj.	god.	dana	mj.	god.																				
(uključena su oba dana)																									

Sl. 5: Sadržaj iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja [21]

### 2.4.3. Privatno osiguranje

Kao i kod prethodna dva modela osiguranja i privatno osiguranje utvrđuje se ugovorom o privatnom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja i osiguranja društva koje pruža uslugu osiguranja (osiguravatelja). Prema članku 7. *Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju*, osigurava se zdravstvena zaštita strancima, odnosno fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a nisu se obvezne osigurati sukladno *Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju* te *Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj*. Prema navedenom zakonu, strancima se smatraju osobe koje nisu državljani RH već su na privremenom ili produženom boravku, boravku s poslovnom vizom, boravku prema odobrenom trajnom nastanjenju, boravku na poziv tijela državne vlasti RH, boravku prema osnovi priznatog statusa izbjeglice ili osobe koje su u postupku priznavanja statusa izbjeglice, osobe bez državljanstva, protjerane osobe ili protjerane osobe čije izručenje nije moguće zbog ugroženog zdravstvenog stanja te stranci maloljetnici koji se nalaze u RH bez roditeljske skrbi. <sup>[22]</sup>

Općenito, zdravstvena zaštita stranaca u RH ostvaruje se pod istim uvjetima pod kojima je omogućena i hrvatskim državljanima. Opseg prava na zdravstvenu zaštitu osiguran je i članovima obitelji osiguranika prema propisima o zdravstvenom osiguranju. <sup>[22]</sup> Ukoliko osoba nije zdravstveno osigurana po nekoj drugoj osnovi, osobno snosi troškove zdravstvene zaštite. Stranci kojima nije odobren produženi boravak, boravak s poslovnom vizom ili imaju status izbjeglice već tri mjeseca, dužni su osobno se prijaviti područnoj službi HZZO-a te uplatiti doprinose zdravstvene zaštite koje je odredio Zavod. <sup>[22]</sup> Sredstva državnog proračuna osiguravaju se za zdravstvenu zaštitu strancima kojima je zdravstvena zaštita omogućena temeljem međunarodnih ugovora, osobama koje nemaju državljanstvo, protjeranim osobama koje zbog svog ugroženog zdravstvenog stanja ne mogu biti izručene, strancima koji borave u RH na temelju poziva tijela državnih vlasti, stranci sa statusom izbjeglice ili onima koji su u procesu priznavanja statusa izbjeglice, maloljetnim strancima bez roditeljske skrbi te strancima oboljelim od virusnih kolere, kuge, virusnih hegemonijskih groznica, trbušnog tifusa i difterije. <sup>[22]</sup> Stranci koji se školuju, specijaliziraju ili sudjeluju u znanstvenom istraživanju u RH te oni koji imaju odobreno trajno nastanjenje u RH dužni su osigurati se na zdravstvenu zaštitu sukladno propisima zdravstvenog osiguranja RH. Osobama koje se školuju, specijaliziraju ili sudjeluju na zdravstvenim istraživanjima, prijavu za zdravstveno osiguranje podnosi davatelj stipendije ukoliko ugovorom o stipendiji nije drugačije propisano. Trajno nastanjene osobe su dužne podnijeti prijavu osobno, ali i osigurati troškove zdravstvene zaštite

članovima svoje obitelji koji s njima borave u RH. Strancima se osigurava hitna medicinska pomoć, a ukoliko se ne može dokazati da stranac ima osiguranu zdravstvenu zaštitu sukladno propisima zdravstvenog osiguranja, posebnih propisa ili međunarodnih ugovora, usluga hitne medicinske pomoći bit će naplaćena kojeg naplaćuje zdravstveni djelatnik opće prakse.<sup>[22]</sup> Ako nije moguće trenutno naplatiti zdravstvenu uslugu, ispunjava se prijava s osobnim podacima stranca, a ukoliko osoba u roku od 30 dana ne podmiri trošak zdravstvene usluge, sredstva se uplaćuju iz državnog proračuna zdravstvenoj ustanovi ili zdravstvenom djelatniku. Naplata troškova zdravstvene zaštite definirana je provedbenim propisom HZZO-a kojeg je odobrio ministar nadležan za zdravstvo. Novčanom kaznom kažnjavaju se svaka pravna osoba koja ne uplati doprinos za obvezno osiguranje stranaca te odgovorna osoba u pravnoj osobi.<sup>[22]</sup>

Ugovaratelj privatnog zdravstvenog osiguranja jest osiguranik, odnosno fizička ili pravna osoba koja je sklopila ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju i plaća ugovorenu premiju ili osoba za koju je ugovaratelj sklopio spomenuto osiguranje te za njega plaća premiju osiguranja. Dakle osiguranik je osoba za koju je uplaćeno privatno zdravstveno osiguranje te koja ima pravo korištenja prava iz privatnog zdravstvenog osiguranja. Premiju određuje osiguravatelj na temelju opsega pokrića ugovora o privatnom zdravstvenom osiguranju i parametrima rizika kojem je izložen osiguranik.<sup>[14]</sup> U obzir se uzimaju parametri poput dobi, spola, bonusa i malusa, tablice smrtnosti i bolesti te vremenskog perioda na temelju kojeg je sklopljen ugovor o osiguranju. Prema pojedinom programu osiguranja za sve osiguranike vrijede jednaka prava i obveze iz privatnoga zdravstvenog osiguranja. *Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju* i uz prethodno ishodu suglasnost ministra zdravstva te izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom, određuju se zdravstvene ustanove, trgovačka društva (koja obavljaju zdravstvenu djelatnost) te privatni zdravstveni radnici (koji imaju sklopljen ugovor sa Zavodom o provođenju zdravstvene zaštite) kod kojih osiguranik može koristiti prava iz privatnog zdravstvenog osiguranja.<sup>[14]</sup> Način i metode provođenja privatnog zdravstvenog osiguranja propisuju se općim aktom kojeg donosi upravno vijeće zdravstvene ustanove ili nadležno tijelo trgovačkog društva.<sup>[14]</sup> Osiguratelj je dužan dostaviti ministarstvu zdravstva na uvid “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”<sup>[14]</sup> (ministar zdravstva detaljnije propisuje pravilnikom sadržaj podataka i rokove za dostavljanje podataka kao i sve ostale uvjete i načine provođenja.

### **3. Analiza odabranih osiguravajućih društava (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Croatia osiguranje d.d., Uniqa osiguranje d.d.)**

U sljedećim poglavljima bit će pružen pregled te analiza glavnih obilježja ponuda dopunskog osiguranja, kod tri odabrana osiguravajuća društva, koja pružaju uslugu dopunskog osiguranja na Hrvatskom tržištu. Konkretno, analizirat će se značajke ugovora o dopunskom osiguranju te opseg prava i obveze sudionika u ugovoru o dopunskom osiguranju, opseg osigurateljnog pokrića te izgled i informacije o ispravi dopunskog zdravstvenog osiguranja. Tri odabrana pružatelja usluge dopunskog zdravstvenog osiguranja su Hrvatski Zavod za zdravstveno osiguranje, Croatia osiguranje te Uniqa osiguranje, s obzirom da su to vodeća osiguravajuća društva u Hrvatskoj.

#### **3.1. Analiza ponude dopunskog zdravstvenog osiguranja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje HZZO**

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje jest javna ustanova, odnosno pravna osoba čija su prava i obveze utvrđene *Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju* te *Statutom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje*, a njegov rad kontrolira Ministarstvo nadležno za zdravstvo. Zzavodom koordinira ravnatelj, koji je ujedno i odgovoran za njegovo financijsko poslovanje, dok Upravno vijeće, koje se sastoji od devet članova, izabranih od strane Vlade RH, upravlja Zavodom te donosi već ranije spomenute odluke i opće akte Zavoda. Zavod provodi poslove kroz sedam resora, kojim upravljaju pomoćnici ravnatelja. Ustrojen je kao Direkcija uz četiri regionalna ureda smještenih u Zagrebu, Osijeku, Splitu i Rijeci koji nadalje, upravljaju radom 16 područnih službi smještenih na 134 lokacije. <sup>[23]</sup> Prema podacima iz 2020. godine broj zaposlenih osoba u Zavodu iznosio je 2331, dok je 4 161 628 osoba osigurano u Zavodu, a broj važećih izdanih polica je 2 270 101.

##### **3.1.2. Ugovor o dopunskom osiguranju, prava i obveze**

Dopunsko zdravstveno osiguranje koje provodi HZZO sklapa se između Zavoda i punoljetne osobe koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Ugovorom se definiraju prava i obveze obiju ugovornih strana kao i iznos premije. Prema članku 19. stavka 3. *Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju*, sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, Zavod osiguraniku omogućuje pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite do pune cijene zdravstvene zaštite. Dakle sva priznata prava iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju omogućuju se na temelju ove dvije isprave. Prava se mogu iskoristiti kod svih privatnih zdravstvenih radnika, zdravstvenih ustanova i drugih subjekata koji imaju sklopljen ugovor o provođenju usluge obveznog zdravstvenog osiguranja sa Zavodom. <sup>[24]</sup>

Sklapanje ugovora izvodi se na četiri načina. Prvi način je pisana ponuda za sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju koja se dostavlja osobno ili poštom regionalnim uredima, područnim službama ili ispostavama Zavoda. Nadalje ponuda se može zatražiti u elektroničkom obliku, sklapanjem e-ponude, isključivo ukoliko osoba posjeduje napredni elektronički potpis. Osobnim odlaskom na šaltere dopunskog zdravstvenog osiguranja može se sklopiti ugovor uz priloženu osobnu identifikacijsku ispravu koja uključuje osobnu iskaznicu ili iskaznicu osigurane osobe (zdravstvena iskaznica obveznog zdravstvenog osiguranja). Posljednji način jest sklapanje ugovora putem zaposlenja u tvrtkama ili kod privatnika. Na temelju ugovora o radu između osiguranika i poslodavca, poslodavac sklapa ugovor o poslovnoj suradnji u dopunskom zdravstvenom osiguranju sa Zavodom te uplaćuje premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja svaki mjesec za osiguranika. Kao potvrdu sklopljenog ugovora bit će izdana polica osiguranja, a identifikacijskom ispravom smatra se iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja. Polica dopunskog zdravstvenog osiguranja izdaje se na period od godinu dana te uključuje mogućnost automatskog produženja na slijedeće ugovorno razdoblje, koje također traje godinu dana. Iznimno ako je osoba osigurana na teret proračuna RH, u tom slučaju pokreće se postupak utvrđivanja statusa osigurane osobe na teret državnog proračuna za naredni period dopunskog osiguranja. Status osigurane osobe u dopunskom zdravstvenom osiguranju na teret državnog proračuna ostvaruje se pod uvjetom da prihod po članu osiguranikove obitelji, iz prethodne kalendarske godine, ne prelazi mjesečnu osnovicu od 331,81 € a ukoliko je osoba samac tada iznos ne smije biti veći od 415,42 €<sup>[22]</sup> Općenito, ukoliko osoba želi prekinuti sklopljeni ugovor dužna je u razdoblju prije isteka ugovornog razdoblja poslati pisano izjašnjenje o prekidu daljnjeg produljenja ugovora. Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju prekida se gubitkom statusa osigurane osobe u Zavodu ili gubitkom prava na policu na teret državnog proračuna, raskidom ili otkazom ugovora te

odustankom od ugovora neplaćanjem premije prije početka važenja police.<sup>[21]</sup> Ugovor se prekida ranije, ukoliko osiguranik premine, tada osiguranje prestaje danom smrti osiguranika.

### 3.1.3. Opseg osigurateljnog pokrića

Cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosi 9,29 € mjesečno (naplaćuje se 9,30€ prvi mjesec, a ostali 9,29 €), odnosno 111,49 € na godišnjoj razni. HZZO nudi isključivo osnovni paket za dopunsko osiguranje. Policom se osigurava pokriće u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite tj. „najmanje u iznosu postotka proračunske osnovice za izvršenu zdravstvenu zaštitu“ <sup>[24]</sup> Prema tome: specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita koja uključuje dnevnu bolnicu i kirurške zahvate (isključujući ambulantu fizikalne medicine i rehabilitacije) iznosi 0,75% proračunske osnovice, točnije 3,31€, specijalistička dijagnostika koja nije pokrivena primarnom zdravstvenom zaštitom iznosi 1,50% proračunske osnovice, odnosno 6,62€ pomagala utvrđena listom ortopedskih i drugih pomagala financirana su s 1,50% iznosa proračunske osnovice što iznosi 6,62 € na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantama fizikalne i rehabilitacijske medicine te rehabilitaciju u kući po danu otpada 0,75% proračunske osnovice, što iznosi 3,31€ po danu korištenja usluge; bolnička zdravstvena zaštita financira se s 3,01% proračunske osnovice, tj. 13,29 € po danu boravka, dentalna pomagala s liste dentalnih pomagala za osobe starosti 18-65 godina pokrivena su s 30,07% proračunske osnovice, odnosno 132,74 € dok za osobe starije od 65 iznos proračunske osnovice jest 15,03%, tj. 66,35 €; liječenja van Republike Hrvatske financiraju se sukladno „propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, Direktivi 2011/24/EU, Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno“ <sup>[24]</sup> Policom se također osigurava i pokriće u rasponu do 0,30% proračunske osnovice, što iznosi 1,32 € za zdravstvenu zaštitu kod odabranih liječnika obiteljske medicine, ginekologije i dentalne medicine te za izdavanje lijeka po receptu. <sup>[24]</sup> Općenito, najviši iznos pokrića iznosi 60,13% proračunske osnovice, tj. 265,44 € po danu. Proračunska osnovica prema kojoj se određuje udio sudjelovanja u pokriću troškova zdravstvene zaštite iznosi 441,44 €

### 3.1.3. Iskaznica dopunskog osiguranja

Identifikacijska iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja (Sl.6.) isprava je koja dokazuje status osigurane osobe u dopunskom zdravstvenom osiguranju. Narančaste je boje s reljefno otisnutim podacima te trakom za potpis i magnetnom trakom, a izrađena je od tvrde plastike veličine 85,6 × 53,98 mm. <sup>[18]</sup> Na prednjoj stranici nalazi se crveno-plavi logotip te plavi tekst “HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE” kao i tekst “DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE”, nadalje, utisnuti reljefni podaci poput: broja iskaznice, ime i prezime osiguranika, broj područnog ureda Zavoda, šifra police, rok valjanosti iskaznice, matični broj osiguranika te stilizirano šahovsko polje. Na naličju iskaznice mogu se pronaći magnetska traka koja sadrži slijedeće virtualne podatke: ime i prezime osiguranika, broj iskaznice, matični broj građana, broj područnog ureda Zavoda, šifru police, rok važenja iskaznice, adresu osiguranika, kućni broj, naselje, ulicu i broj pošte. te broj osigurane osobe. Osim magnetske trake na poleđini se nalazi i traka za potpis osiguranika te tekst upute o korištenju i odgovornosti vezanih uz iskaznicu. Iskaznica prestaje važiti prestankom statusa osigurane osobe, odnosno njezinim istekom roka valjanosti. Nakon isteka valjanosti, osiguranik je dužan dostaviti iskaznicu na poništenje Zavodu, a svaki gubitak iskaznice obvezan je prijaviti Zavodu.



Sl. 6: Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a <sup>[12]</sup>



### 3.2. Analiza ponude dopunskog zdravstvenog osiguranja CROATIA OSIGURANJE d.d.

Croatia osiguranje d.d. na hrvatskom tržištu drži status najvećeg i najstarijeg osiguravajućeg društva, što potkrepljuje podatak da zauzima 27,52 % tržišta osiguranja. <sup>[25]</sup> Ona je ujedno i prvo hrvatsko osiguranje, a osnovano je 1884. godine te se smatra jednom od prvih institucija hrvatskog nacionalnog identiteta. <sup>[25]</sup> Od 2014. godine član je rovinjske Adris Grupe, a sjedište joj je u Zagrebu.

#### 3.2.1. Ugovor o dopunskom osiguranju, prava i obveze

Dakle osiguravatelj je, u ovom slučaju, Croatia osiguranje, dok osiguranik može biti svaka punoljetna osoba koja je u statusu osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu s već ranije spomenutim propisima i zakonima koji definiraju ovo područje poput „Opći uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja, a mogu se primijeniti i *Uvjeti za osiguranje doplata za lijekove s dopunske liste lijekova HZZO-a i/ili Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja za program DOP 2 (dodatni program).*“ Ugovor o dopunskom osiguranju sklapa se na neodređeno vrijeme, a njegova valjanost ističe raskidom ugovora. Ugovor nije moguće raskinuti ranije. Također može se raskinuti ukoliko su se promijenili uvijete osiguranja u roku od 30 dana od dostavljene obavijesti o primjeni uvjeta osiguranja dok ugovor koji je sklopljen na daljinu se može raskinuti u prvih četrnaest dana od dana sklapanja pismenog ugovora. Dakle, raskid ugovora može se realizirati tek nakon isteka jedne godine od početka osiguravajućeg razdoblja. Osim ukoliko se dopunsko zdravstveno osiguranje ugovara kao dodatno pokriće kroz dodatno zdravstveno osiguranje, u tom slučaju sklapa se na određeno vrijeme. Ugovor se može raskinuti pisanim putem, najkasnije tri mjeseca prije datuma na koji je ugovoren, odnosno prije dospijeca premije i to isključivo nakon isteka roka jedne godine. <sup>[26]</sup>

Početak ugovornog razdoblja ostvaruje se potpisivanjem police, plaćanjem premije ili prvog obroka premije te prihvatom ponude. Ako se ugovor sklapa prihvatom ponude, obveza osiguranika započinje nakon osam dana od trenutka pristizanja ponude. <sup>[25]</sup> Ukoliko je osiguratelj zadovoljan ponudom, prihvaća ju, a osiguravajuće društvo dostavlja mu policu osiguranja, kao potvrdu sklopljenog ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju. Ugovaratelj izabire između obročnog mjesečnog plaćanja te plaćanje punog godišnjeg iznosa premije. Ako se ugovaratelj odluči za godišnje plaćanje premije, premiju će platiti prilikom potpisivanja ugovora o dopunskom osiguranju, a ukoliko odabere obročno plaćanje, tada

premija stiže na naplatu svaki mjesec ili svaka tri mjeseca, na točno određen dan. Ukoliko program ponude nije zadovoljavajući, osiguranik ima pravo obiti ponudu u navedenih osam dana te zatražiti novu uz prethodnu obavijest ugovaratelja osiguranja. <sup>[25]</sup> Pristankom na plaćanje premije smatraju se: plaćanje premije prije isteka roka za jednostrani raskid ugovora te ispunjavanje ugovora prije isteka roka jednostranog raskida ugovora. <sup>[25]</sup>

Premija se podmiruje „gotovinom, uplatnicom, SEPA izravnim terećenjem ili karticom“. <sup>[26]</sup> Osiguratelj ima pravo obračunati zateznu kamatu za svaki dan zakašnjenja podmirivanja troškova premije. Pravo na povrat dijela premije ostvaruje se kada postoji „neiskorišteni“ dio premije, a utvrđuje se dijeljenjem cjelokupnog iznosa premije s 365 dana, zatim se dobiveni, dnevni iznos, pomnoži s preostalim brojem dana koji su preostali do isteka ugovora. Ugovaratelj osiguranja dužan je prije sklapanja ugovora o dopunskom osiguranju iznijeti sve ispravne podatke i napomenuti posebne okolnosti koje mogu utjecati na procjenu iznosa premije, u suprotnom će pravno odgovarati. Također je dužan pravovremeno obavijestiti osiguravajuće društvo o svim promjenama vezanim uz osobne podatke u suprotnom osiguratelj ima pravo prekinuti ugovor o dopunskom osiguranju

### 3.2.2. Opseg osigurateljnog pokrića

Mjesečna premija dopunskog osiguranja za osobe starosti 18 do 50 godina iznosi 9,29 € a dopunsko osiguranje s listom B iznosi 13,14 € Za osobe od 51 do 60 godina, iznos osnovnog dopunskog osiguranja je 9,29 € dok dopunsko osiguranje uključujući B listu iznosi 17,12 € Osobe starije od 60 godina obročnu premiju platit će 39,68 €mjesečno.(Tab. 2)

Tab. 3: Iznos godišnje i mjesečne premije Croatia osiguranja za osnovni i dodatni program dopunskog osiguranja s obzirom na dob osiguranika <sup>[26]</sup>

<b>DOB OSIGURANIKA</b>	<b>OSNOVNI PROGRAM OBROČNA PREMIJA/GODIŠNJA PREMIJA</b>	<b>OSNOVNI PROGRAM + B LISTA LIJEKOVA OBROČNA PREMIJA/GODIŠNJA PREMIJA</b>
<b>18 do 50</b>	9,29 €/ 111,48 €	13,14 €/ 157,68 €
<b>51 do 60</b>	9,29 €/ 111,48 €	17,12 €/ 205,44 €
<b>60+</b>	-	39,68 €

Prema Općim uvjetima dopunskog zdravstvenog osiguranja <sup>[25]</sup>, Croatia osiguranje, u skladu s *Pravilnikom o uvjetima i načinu provođenja dopunskoga zdravstvenog osiguranja*, pokriva: bolničku zdravstvenu zaštitu, izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite (opća medicina, ginekologija i dentalna medicina), izdavanje lijekova na recept, zaštitu specijalističko - konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, što obuhvaća boravak i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici (izuzev fizikalne medicine i rehabilitacije), specijalističku dijagnostiku izvan primarne zaštite, ortopedska i druga pomagala navedena na osnovnoj listi ortopedskih i dr. pomagala specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu ambulantne fizikalne medicine i kućne rehabilitacije, liječenje u inozemstvu (države članice EU te treće države) shodno propisima EU, međunarodnim ugovorima te, Zakonu o obvezno zdravstvenom- osiguranju te općem aktu Zavoda, dentalna pomagala za osobe dobi od 18 do 65 godina te za osobe starije od 65 godina (s osnovne liste dentalnih pomagala). <sup>[25]</sup> Osiguranjem nisu pokriveni troškovi zdravstvene zaštite i lijekovi s obvezne A-liste koji pripadaju obveznom zdravstvenom osiguranju (s obzirom da je taj dio pokriven sredstvima državnog proračuna) i troškovi zdravstvene zaštite te lijekova koji nisu pokriveni kroz obveznu zdravstvenu zaštitu. Ograničeno pokriva obuhvaća lijekove s B-liste tj. dopunske liste HZZO-a. Pokrivena su dva pakiranja po lijeku u jednoj osigurateljnoj godini. Svakom korisniku Croatia dopunskog osiguranja zajamčeno je 20% na usluge u Croatia Poliklinikama koje obuhvaćaju gradove Koprivnicu, Osijek, Pulu, Rijeku, Split i Zagreb. Dodatne pogodnosti mogu se ostvariti prilikom obavljanja sistematskog pregleda, specijalističkih i subspecijalističkih pregleda, kontrolnih pregleda, medicinske dijagnostike, endoskopiju, laboratorijske pretrage, hormone i tumorske markere, magnetsku rezonancu, CT. Također, uz osnovno pokriva moguće je ugovoriti i dodatna pokriva poput: opcije traženja drugog mišljenja, osiguranja pokriva usluga liječenja u inozemstvu (do 60 dana boravka) te osiguranje usluga dentalne medicine koji obuhvaća šire pokriva dentalnih usluga. <sup>[27]</sup>

### 3.2.3. Iskaznica dopunskog osiguranja

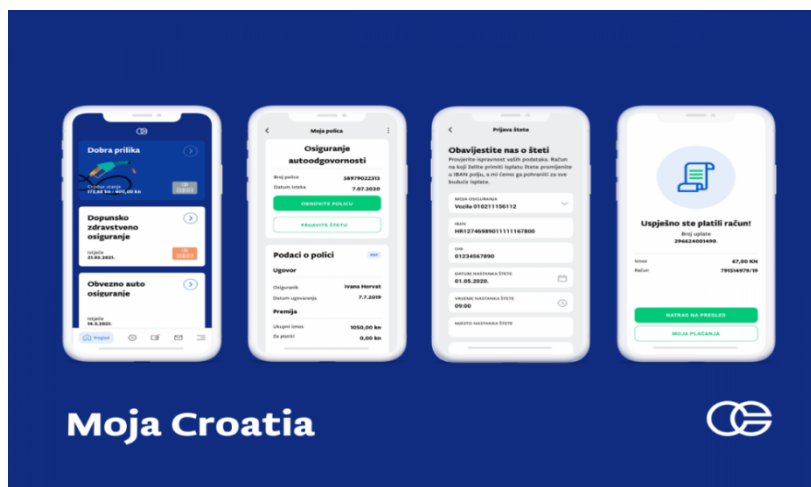
Nakon sklopljenog ugovora o dopunskom osiguranju Croatia osiguranje izdaje iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja (Sl.7.) koja osiguraniku služi za dokazivanje statusa osigurane osobe u dopunskom osiguranju. Nužno je vratiti ili uništiti iskaznicu prilikom isteka osiguranja. Iskaznica je narančaste boje sa sivim zaglavljem na kojem velikim tiskanim slovima

piše „CROATIA OSIGURANJE“, a na ostatku prednje stranice sadrži ime i prezime osiguranika, nazive programa, osobni identifikacijski broj, matični broj osiguranje osobe, osobni računalni broj pan te period valjanosti iskaznice.



Sl. 7: Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja Croatia osiguranje [28]

Croatia osiguranje također nudi mogućnost digitalne iskaznice, koja se ostvaruje putem mobilne aplikacije *Moja Croatia*. Moguće ju je instalirati na svim iOS i Android uređajima. Putem mobilne aplikacije dostupan je lakši i brži pregled postojećih osiguranja, odnosno svih osiguranja koja su ugovorena s Croatia osiguranjem. Omogućena je i brza prijava štete te mogućnost osvajanja nagrade za aktivnost te iskorištavanje raznih pogodnosti i popusta koji se mogu upotrijebiti kod naznačenih partnera Croatia osiguranja. [29]



Sl. 8: Primjer izgleda mobilne aplikacije Moja Croatia [29]

### *3.3. Analiza ponude dopunskog zdravstvenog osiguranja UNIQA OSIGURANJE d.d.*

UNIQA osiguranje d.d. na hrvatskom tržištu osiguranja sudjeluje već 24 godine, a dio je UNIQA Grupe koja posluje u Austriji te srednjoj i istočnoj Europi, sa sjedištem u Zagrebu. Zapošljavaju oko 500 zaposlenika te imaju više od 500 000 klijenata. <sup>[30]</sup> Pružaju usluge obvezno auto osiguranje, zdravstveno osiguranje koje uključuje dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje, životno osiguranje, putno osiguranje, osiguranje nekretnine i imovine, putno osiguranje za strance, osiguranje mobitela i charter kaucije, a nude i poslovne pakete.

#### 3.3.1. Ugovor o dopunskom osiguranju, prava i obveze

Osiguravatelj UNIQA osiguranje sklapa ugovor o dopunskom osiguranju s ugovarateljem odnosno osiguranikom koji zadržava prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Dakle, mogućnost dopunskog osiguranja osiguravajuće kuće UNIQA može ostvariti svaka osigurana osoba u obveznom zdravstvenom osiguranju, starija od 18 godina uz prethodno sklapanje ugovora o dopunskom osiguranju. Dopunsko osiguranje omogućuje pokriće sudjelovanja u troškovima iz obveznog zdravstvenog osiguranja definirani Zakonom o obveznom osiguranju te ostalim pripadajućim zakonskim propisima.

Ugovor se smatra sklopljenim kada ugovaratelj prihvati ponudu o dopunskom zdravstvenom osiguranju, izuzev slučaja u kojem se osiguranje sklapa na daljinu (elektronski ili telefonski), tada se ugovor smatra sklopljenim plaćanjem premije ili obroka premije osiguranja, ovisno o dogovorenom načinu. Ukoliko ugovaratelj sklapa ugovor pisanim putem, ugovor stupa na snagu osam dana od dana dospijeca ponude. Potpisi s ponude osiguranja smatraju se potpisima na polici osiguranja. Ukoliko ugovaratelj i osiguranik nisu ista osoba nužan je suglasnost osiguranika. Ugovor o dopunskom osiguranju sklapa se u skladu s navedenim datumom početka osiguranja na polici osiguranja. Ne može se sklopiti na razdoblje manje od jedne godine, ali se može obnoviti nakon isteka osigurateljnog razdoblja. Ugovor se može realizirati na određeno ili neodređeno vrijeme trajanja osiguranja, a počinje važiti u 00:00 sati, dana navedenog na polici osiguranja i to ukoliko je unaprijed uplaćena premija ili premijski obrok. Ako je premija uplaćena nakon naznačenog početka osiguranja, obveze osiguratelja računaju se od dana kada je plaćena premija. Prilikom sklapanja novog ugovora teče razdoblje čekanja od 15 dana od početka osigurateljnog razdoblja, a prestaje važiti nakon isteka 24. sata dana naznačenog kao

dan isteka osiguranja, navedenog na polici osiguranja. <sup>[31]</sup> Osiguranik je dužan osiguratelju poslati pismeni zahtjev za raskid ugovora. Važno je napomenuti da se osigurana zdravstvena zaštita može se koristiti samo na području Republike Hrvatske. Osim ako propisima Europske unije, međunarodnim ugovorom, Direktivom 201/24/ EU, Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i općem aktu Zavoda nije drugačije definirano, tada se može koristi u drugim zemljama članicama Europske Unije te trećim državama. <sup>[31]</sup>

### 3.3.2. Opseg osigurateljnog pokrića

Troškovi zdravstvene zaštite referiraju se na troškove liječenja iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Ukoliko je ugovoreno, odnose se i na sudjelovanje u troškovima lijekova s dopunske liste lijekova HZZO-a. Općenito, mogu se ugovoriti dvije razine dopunskog osiguranja. Osiguranje A te osiguranje A+B. Prema dobnim granicama osiguranja A, u obročnom plaćanju, za osobe u dobi od 18 do 60 godina premija iznosi 6,175€ dok ista za osobe u dobi iznad 60 godina iznosi 14,25€ <sup>[32]</sup> Nadalje, mogućnost dopunskog osiguranja A+B za osobe u razdoblju od 18 do 60 godina iznosi 8,55€ a za osobe iznad 60-te godine života iznosi 33,25 € <sup>[33]</sup>

Tab. 4: Iznos godišnje i mjesečne premije Uniqa osiguranja za osnovni i dodatni program dopunskog osiguranja s obzirom na dob osiguranika <sup>[32]</sup>

<b>DOB OSIGURANIKA</b>	<b>OSIGURANJE A OBROČNA PREMIJA/GODIŠNJA PREMIJA</b>	<b>OSIGURANJE A+B OBROČNA PREMIJA/GODIŠNJA PREMIJA</b>
<b>18 do 60</b>	6,175€/ 74,10 €	8,55 €/ 102,60 €
<b>60+</b>	14,25€/ 171,00 €	33,25 €/ 399,00 €

Razina A dopunskog osiguranja pokriva troškove participacija u obveznom zdravstvenom osiguranju te troškove lijekova na recept s osnovne (A) liste lijekova, što obuhvaća: usluge liječnika primarne zdravstvene zaštite (liječnik opće prakse, ginekolog i liječnik dentalne medicine), specijalističko - konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, dnevnu bolnicu i operacijske

zahvate u istoj, bolničko liječenje, ambulantnu fizikalnu medicinu te rehabilitaciju, laboratorijsku, radiološku ili neku drugu specijalističku dijagnostiku, fizikalnu medicinu te kućnu rehabilitaciju, ortopedska, dentalna i druga pomagala utvrđena osnovnim listama ortopedski ili dentalnih pomagala, a uključuje i lijekove na recept s osnovne liste lijekova Zavoda te liječenje u inozemstvu ukoliko je ono podržano od strane HZZO-a. Ukoliko ugovaratelj ugovori i sudjelovanje osiguratelja u troškovima s dopunske liste lijekova, koji se izdaju na recept, tada su isti pokriveni od strane osiguratelja. Paket A+B dopunskog osiguranja omogućuje pokriće već navedenih troškova participacija u obveznom zdravstvenom osiguranju te sudjelovanje u troškovima lijekova na recept s osnovne „A“ liste lijekova te troškove doplata za dopunsku „B“ listu lijekova.

### 3.3.3. Iskaznica dopunskog osiguranja

Uniqa osiguranje izdaje iskaznicu dopunskog osiguranja(Sl.9) na temelju koje osiguranik plaća participaciju u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Dakle osiguranik može koristiti navedene usluge kod liječnika primarne zdravstvene medicine koja uključuje: preglede obiteljskog liječnika, ginekologa te stomatologa. Također primarna zaštita uključuje i plaćanje participacije osnovne A liste lijekova u svim ljekarnama. Sekundarna zdravstvena zaštita odnosi se na liječnike specijaliste, bolnice i druge ugovorne ustanove Hrvatskog Zavoda za zdravstveno osiguranje. Tercijarna zdravstvena zaštita pokriva bolničko liječenje u svim ugovornim ustanovama UNIQE. [34]



Sl. 9: Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja Uniqa osiguranja [34]

Iskaznica jest plave boje, a na prednjoj stranici sadrži logotip te velikim tiskanim slovima u desnom dijelu iskaznice natpis „Dobrovoljno zdravstveno osiguranje“, sadrži ime i prezime vlasnika iskaznice, njegov matični broj, broj i valjanost police, te osnovne informacije o ugovorenom programu osiguranja. Korisnici mogu koristiti portal Moja UNIQA kako bi besplatno pregledali sve trenutne police osiguranja. Omogućena je prijava s bilo kojeg uređaja koji ima pristup internetu upisivanjem identifikacijskih podataka te je na taj način olakšano praćenje plaćanja premija.



## 4. Rezultati analize

Prema provedenoj analizi ponuđena osiguravajuća društva usklađena su s obzirom na vrstu usluge koju pružaju te na načine na koje ih pružaju, iz razloga jer su iste definirane *Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju te Pravilnikom o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, Pravilnikom o postupku, uvjetima i načinu utvrđivanja prava na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja iz državnog proračuna*. Mogu se pronaći minorne razlike u cijeni premije, kod koje Uniqa odskaače kao pristupačnija od ostala dva uzorka. Naime godišnja premija HZZO-a iznosi 111,49 € te nude isključivo osnovno dopunsko osiguranje, dakle ne uključuju B listu lijekova te je iznos premije jednak za svakog pojedinca. Croatia i Uniqa osiguranje imaju mogućnost osnovnog i dodatnog paketa te se iznos premije razlikuje s obzirom na dob osiguranika. Croatia osiguranje nudi osnovne pakete po istoj cijeni za dvije dobne kategorije, dok je za treću skupinu omogućen samo dodatni paket. Tako će osobe u dobi od 18 do 50 godina te osobe u rasponu od 51 do 60 godina platiti godišnju premiju u iznosu od 111,48 € za osnovni paket. Za dopunski paket taj iznos je za prvu skupinu 157,68 € dok je za drugu 205,44 € a osobe starije od 60 godina plaćaju univerzalnu cijenu od 39,68 €. Nadalje, Uniqa osiguranje podijelila je svoje korisnike u dvije kategorije, one do 60-te godine života i one preko 60-te godine života. Nude osnovni i dodatni paket dopunskog osiguranja. Za osnovni paket osobe mlađe od 60 godina platit će 74,10 € godišnje, dok će za dodatni paket platiti 102,60 €. Osobe starije od 60 godina osnovni paket platit će 171,00 € a dopunski paket 399,00 €. Razlike se mogu uočiti u izgledu dopunske iskaznice te dizajnu mobilnih aplikacija, što je bilo i očekivano s obzirom da u tom dijelu postoji određena „umjetnička sloboda“ prilikom njihove kreacije, međutim funkcije aplikacija te sadržaj kartica su manje-više isti. HZZO ne posjeduje aplikaciju ili portal za fizičke osobe vezane uz dopunsko osiguranje. Prema analiziranim činjenicama Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, razlikuje se od ostala dva pružatelja usluge dopunskog osiguranja po cijeni i vrsti usluge koju pruža. S obzirom da je HZZO primaran provoditelj poslova dopunskog osiguranja u hrvatskoj sasvim je logično da se s obzirom na ponudu usluga značajno razlikuje u odnosu na druga osiguravajuća društva.

## 5. Zaključak

Na temelju pregleda najvažnijih značajki, relevantnih za sklapanje ugovora o dopunskom osiguranju, može se zaključiti kako analizirani pružatelji usluge dopunskog osiguranja imaju usklađene uvijete ugovora o osiguranju, uključujući prava i obveze ugovaratelja te osiguravatelja, kako je i očekivano prije same analize. S obzirom da je rad osiguravajućih društava nadziran i kontroliran od Hrvatske agencije za nadzor nad financijskih usluga te je isti strogo definiran propisima zakonima i drugim aktima, to nije neuobičajeno. Osiguravajuća društva nemaju puno prostora za izmjene u njihovu sustavu funkcioniranja. Razlike se mogu primijetiti, prvenstveno u cijeni premije te različitom dizajnu iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja. Osim cijene ono po čemu se osiguravajuće društvo razlikuje jedno od drugog su dodatne pogodnosti. Postoje različite varijacije dodatnih pogodnosti. Najčešće se koriste popusti na zdravstvene usluge ili su iste besplatne (uz uvjet sklopljenog ugovora o osiguranju) te popusti za određene zdravstvene ustanove koje imaju ugovor s pružateljem osiguranja. Tu zapravo nastaje najveća razlika između osiguravajućih društava, s obzirom da su ostale komponente definirane zakonom. Smatram da bi se osiguravajuća društva morala više potruditi biti u korak s vremenom i tehnološkim napretkom, s obzirom na razvijenost njihove online prisutnosti.

## 6. Literatura

### KNJIGE

- [1] R. Zelenika, Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela, Rijeka: Ekonomski fakultet u Rijeci, 2000.
- [3] K. Klasić i I. Andrijanić, Osnove osiguranja načela i praksa, Zagreb: TEB-poslovno savjetovane d.o.o., 2013.

### WEB STRANICE

- [2] Metode znanstvenih istraživanja, UNIZD,  
[http://www.unizd.hr/portals/4/nastavni\\_mat/1\\_godina/metodologija/metode\\_znanstvenih\\_istrazivanja.pdf](http://www.unizd.hr/portals/4/nastavni_mat/1_godina/metodologija/metode_znanstvenih_istrazivanja.pdf). pristupljeno 23.6.2023.
- [4] likvidnost, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje,  
<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=36527>. pristupljeno 5.4.2023.
- [5] HRVATSKA AGENCIJA ZA NADZOR FINANCIJSKIH USLUGA, HANFA,  
<https://www.hanfa.hr/o-nama/>. pristupljeno 4.3.2023.
- [6] FORTIUS INTER PARTES d.o.o. za brokerske poslove u osiguranju i reosiguranju,  
<http://www.fortiusinterpartes.hr/hr/vise-o-osiguranju/osnovni-podaci-o-osiguranju/povijesni-razvoj-osiguranja/>. pristupljeno 20.3. 2023.
- [7] aktuar, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje,  
<https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=1247>. pristupljeno 28 4.2023.
- [8] zdravstveno osiguranje, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje,  
<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=67023>. pristupljeno 26.4.2023.
- [9] »Republika Hrvatska Ministarstvo zdravstva, Vlada hr.  
<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%20-%20za%20web.pdf>. pristupljeno 20.4.2023.
- [10] obvezno zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje,  
<https://hzzo.hr/obvezno-zdravstveno-osiguranje-0>. pristupljeno 11.4.2023.
- [11] opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/opseg-prava-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja>. pristupljeno 12.4.2023.

- [12] Odluka o iskaznici osigurane osobe HZZO, Hrvatsko zavod za osiguranje, [https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2017/05/Odluka\\_o\\_iskaznici\\_osigurane\\_osobe\\_HZZOa-2.pdf](https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2017/05/Odluka_o_iskaznici_osigurane_osobe_HZZOa-2.pdf). pristupljeno 20.4.2023.
- [13] Odluka o iskaznici osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, NARODNE NOVINE, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017\\_07\\_66\\_1555.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_07_66_1555.html). pristupljeno 5.5.2023.
- [14] Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, [Zakon.hr, https://www.zakon.hr/z/792/Zakon-o-dobrovoljnom-zdravstvenom-osiguranju](https://www.zakon.hr/z/792/Zakon-o-dobrovoljnom-zdravstvenom-osiguranju). pristupljeno 28.4.2023.
- [15] Podjela Zdravstvenog osiguranja U RH, grafički prikaz: program <https://www.canva.com/>.
- [16] Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018\\_11\\_100\\_1929.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html). pristupljeno 16.4.2023.
- [17] Dopunsko zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje <https://dzo.hzzo.hr/popis-propisa-iz-dopuskog-zdravstvenog-osiguranja>. pristupljeno 25.5.2023.
- [18] Opći uvjeti ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/opci-uvjeti-ugovora-o-dopunskom-zdravstvenom-osiguranju>. pristupljeno 15.5.2023.
- [19] Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju Narodne novine, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013\\_06\\_80\\_1666.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_80_1666.html). pristupljeno 20.5.2023.
- [20] Vodič kroz dopunsko zdravstveno osiguranje, UNIQA osiguranje, <https://www.uniqa.hr/vodic-kroz-dopunsko-zdravstveno-osiguranje/4144>. pristupljeno 12.6.2023.
- [21] Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006\\_10\\_112\\_2473.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_10_112_2473.html). pristupljeno 17.5.2023.
- [22] Odluka o proglašenju zakona o zdravstvenoj zaštiti stranaca u republici hrvatskoj, Narodne novine, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1997\\_10\\_114\\_1712.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1997_10_114_1712.html). pristupljeno 15.5.2023.
- [23] O nama, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/o-nama>. pristupljeno 23.4.2023.
- [24] Dopunsko zdravstveno osiguranje koje provodi HZZO, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://dzo.hzzo.hr/dopunsko-zdravstveno-osiguranje-koje-provodi-zavod-0>. pristupljeno 27.5.2023.
- [25] O nama, Croatia osiguranje, <https://kompanija.crosig.hr/hr/>. pristupljeno 25.5.2023.

- [26] Dokument s informacijama o proizvodu osiguranja, Croatia Osiguranje, <https://webshop.crosig.hr/ipzdravlje/Conditions/Informacije%20o%20proizvodu%20dopunsko%20zdravstveno%20osiguranje.pdf?046>. pristupljeno 4.6.2023.
- [27] Dopunsko osiguranje, Croatia osiguranje, <https://crosig.hr/zdravstveno-osiguranje/croatia-dopunsko-zdravstveno-osiguranje/>. pristupljeno 13.6.2023.
- [28] Provjera osiguranja,« Croatia osiguranje, <https://crosig.hr/provjera-osiguranja/>. pristupljeno 3.6.2023.
- [29] tportal, mobilne aplikacije, Hrvatski Telekom, <https://www.tportal.hr/tehnolo/clanak/croatia-osiguranje-lansira-novu-mobilnu-aplikaciju-moja-croatia-20200703>. pristupljeno, 6.6.2023.
- [30] O nama, Uniqa osiguranje, <https://www.uniqa.hr/o-nama/uniqa-osiguranje/50>. pristupljeno 10.6.2023.
- [31] Uvjeti dopunskog zdravstvenog osiguranja, Uniqa osiguranje, [https://www.uniqa.hr/shop/polica/DZONEW/DZO\\_dop.pdf](https://www.uniqa.hr/shop/polica/DZONEW/DZO_dop.pdf). pristupljeno 12.6.2023.
- [32] Dopunsko osiguranje, UNIQA osiguranje, <https://www.uniqa.hr/shop/zdravstveno-osiguranje/PAKET-DOPUNSKO-A/4274>, <https://www.uniqa.hr/shop/zdravstveno-osiguranje/PAKET-DOPUNSKO-A/4274>. pristupljeno 19.6.2023.
- [33] UNIQA osiguranje, Uniqa osiguranje, <https://www.uniqa.hr/shop/zdravstveno-osiguranje/PAKET-DOPUNSKO/463>,« 2023. <https://www.uniqa.hr/shop/zdravstveno-osiguranje/PAKET-DOPUNSKO/463>. pristupljeno 17.6.2023.
- [34] Plaćanje participacije iskaznicom UNIQA dopunskog zdravstvenog osiguranja, UNIQA osiguranje, <https://www.uniqa.hr/o-nama/vijesti/placanje-participacije-iskaznicom-uniqa-dopunskog-zdravstvenog-osiguranja/1482>. pristupljeno 19.6.2023.
- [35] Zdravstveno osiguranje, enciklopedija.hr, <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=67023>. pristupljeno 26.3.2023.
- [37] Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006\\_07\\_85\\_2016.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_07_85_2016.html). pristupljeno 6.5.2023.
- [38] Odluka o izgledu, obliku, sadržaju i načinu korištenja iskaznice dopunskog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine, [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009\\_03\\_32\\_718.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_03_32_718.html). pristupljeno 2.6.2023.
- [39] Dopunsko zdravstveno osiguranje HZZO, Najčešća pitanja, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://dzo.hzzo.hr/najcesca-pitanja>. pristupljeno 1.6.2023.
- [40] Dopunsko zdravstveno osiguranje, Obrasci - DZO, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://dzo.hzzo.hr/sites/dzo/files/2023-02/Ponuda%20DZO%20za%20fizi%20C4%20osobe.pdf>. pristupljeno 5.5. 2023.

[41] Moja Croatia aplikacija, Croatia osiguranje, <https://crosig.hr/moja-croatia-aplikacija/> pristupljeno 5.6.2023.

## 7. Popis ilustracija

### Popis slika

Sl. 1: Akteri osiguranja <sup>[3]</sup>

Sl. 2: Primjer izgleda iskaznice zdravstveno osigurane osobe (ružičasta) –br.1 <sup>[12]</sup>

Sl. 3: Primjer izgleda iskaznice zdravstveno osigurane osobe (pametna kartica) br. 2 <sup>[12]</sup>

Sl. 4: Podjela zdravstvenog osiguranja u RH <sup>[15]</sup>

Sl. 5: Sadržaj iskaznice dodatnog zdravstvenog osiguranja <sup>[21]</sup>

Sl. 6: Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a <sup>[12]</sup>

Sl. 7: Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja Croatia osiguranje <sup>[28]</sup>

Sl. 8: Primjer izgleda mobilne aplikacije Moja Croatia <sup>[29]</sup>

Sl. 9: Iskaznica dopunskog zdravstvenog osiguranja Uniqa osiguranja <sup>[34]</sup>

### Popis tablica

Tab. 1: Prikaz vrste usluge i cijene zdravstvene zaštite bez dopunskog zdravstvenog osiguranja <sup>[20]</sup>

Tab. 2: Iznos godišnje i mjesečne premije Croatia osiguranja za osnovni i dodatni program dopunskog osiguranja s obzirom na dob osiguranika <sup>[26]</sup>

Tab. 3: Iznos godišnje i mjesečne premije Uniqa osiguranja za osnovni i dodatni program dopunskog osiguranja s obzirom na dob osiguranika <sup>[32]</sup>