

Analiza i usporedba sustava zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj

Poturica Gerić, Katarina

Master's thesis / Specijalistički diplomski stručni

2016

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:128:229830>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-25**



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
POSLOVNI ODJEL
SPECIJALISTIČKI DIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ POSLOVNO UPRAVLJANJE

Katarina Poturica Gerić

**ANALIZA I USPOREDBA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA U HRVATSKOJ I NJEMAČKOJ**

ZAVRŠNI RAD

Karlovac, ožujak 2016.

VELEUČILIŠTE U KARLOVCU
POSLOVNI ODJEL
SPECIJALISTIČKI DIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ POSLOVNO UPRAVLJANJE

Katarina Poturica Gerić

**ANALIZA I USPOREDBA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U
HRVATSKOJ I NJEMAČKOJ**

ZAVRŠNI RAD

Mentor: Dr. sc. Ksenija Klasić

Kolegij: Upravljanje osiguranjem

Karlovac, ožujak 2016.

ZAHVALA

Ovom prilikom se želim zahvaliti svima koji su mi pružali podršku i bili savjetnici tijekom mog studija kao i u proteklim godinama moga života. Puno je jednostavnije kada čovjek kraj sebe ima osobe koje ga podržavaju, pružaju pomoć i savjete te daju čovjeku osjećaj da je jedinstven! Hvala mojim roditeljima koji su me školovali i pružali mogućnost da postignem svoje ciljeve. Hvala suprugu Ivanu, koji je svaki dan uz mene i što je bio najveća podrška i izvor snage koja treba kako bi se postignuo cilj.

Posebno se želim zahvaliti i mentorici dr. sc. Kseniji Klasić koja je izazvala radoznalost i interes za ovo znanstveno područje te mi omogućila pisanje ovoga rada. Svojom predanošću u radu, stručnošću i kao inspiracija potaknula me da postignem svoj cilj.

SAŽETAK

Zdravstveno osiguranje kao jedno od temeljnih i svugdje zastupljenih osiguranja obvezno je osiguranje te se svaki građanin države mora osigurati kod jednog od pružatelja zdravstvenog osiguranja. Ovisno o državi se razlikuju sustavi zdravstvenih osiguranja, oblici dodatnih osiguranja i opseg prava koja proizlaze iz statusa osiguranika. Promatrajući sustav zdravstvenog osiguranja u državama članicama Europske unije odabrani su primjeri sustava zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj te Saveznoj Republici Njemačkoj.

Europska unija i zemlje članice međusobnim ugovorima, pravilnicima i direktivama nastoje izjednačiti sustave do određene razine s ciljem olakšavanja korištenja prava na međunarodnoj razini. U ovom radu prikazane su sličnosti i različitosti sustava zdravstvenih osiguranja u promatranim državama, te razmatrana mogućnost prilagodbe hrvatskog sustava u skladu s europskom praksom.

KLJUČNE RIJEČI: Sustav zdravstvenog osiguranja, Hrvatska, Njemačka, usporedba, analiza

SUMMARY

Health insurance as one of the fundamental and everywhere present type of insurance has the aim to ensure that every citizen of a country is member of an insurance provider of health insurance. Depending on the country there are different systems of health insurance, forms of additional insurances and the extent of the rights are deriving from the status of the insured. Looking at the health system in the EU Member States there were selected two examples of the health insurance system, those in the Republic of Croatia and the Federal Republic of Germany.

Analyzing the health insurance systems of the two mentioned countries the research leads to different conclusions. The factual situation is mentioned in this paper which is dealing with the field of insurance. The European Union and the Member States in bilateral agreements, regulations and directives seek to equalize the system to a certain level to facilitate the exercise of the rights at an international level. In this paper there are presented the similarities and differences of the health insurance systems in the observed countries. Furthermore this paper discusses the possibility of adjusting the Croatian system to the European practice.

KEYWORDS: health insurance systems, Croatia, Germany, comparison, analysis

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Predmet i cilj rada.....	1
1.2. Izvori podataka i metode istraživanja.....	1
1.3. Struktura rada	2
2. TEORETSKE OSNOVE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA	3
3. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ	4
3.1. Sustav zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj.....	4
3.2. Obvezno zdravstveno osiguranje i osiguranici.....	6
3.2.1. Prava osiguranika	11
3.3. Oblici dodatnog osiguranja u Hrvatskoj.....	13
3.3.1. Dopunsko zdravstveno osiguranje.....	14
3.3.2. Dodatno zdravstveno osiguranje	15
3.3.3. Privatno zdravstveno osiguranje.....	16
4. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U SR NJEMAČKOJ.....	19
4.1. Sustav zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj.....	19
4.2. Obvezno zdravstveno osiguranje i osiguranici.....	20
4.3. Prava osiguranika	21
4.4. Osiguravatelji obveznog zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj	22
4.5. Oblici dodatnog osiguranja u Njemačkoj	27
4.5.1. Privatno osiguranje.....	27
4.5.2. Dodatno zdravstveno osiguranje	29
4.5.2.1. <i>Dodatno zdravstveno osiguranje za dentalnu medicinu</i>	29
4.5.2.2. <i>Dodatno zdravstveno osiguranje za stacionarni boravak u bolnici</i>	30
4.5.2.3. <i>Dodatno zdravstveno osiguranje za različita ambulantna liječenja</i>	30
4.5.2.4. <i>Dodatno zdravstveno osiguranje za naočale</i>	30
4.5.2.5. <i>Dodatno zdravstveno osiguranje za vrijeme bolovanja</i>	31
4.5.2.6. <i>Preventivno dodatno zdravstveno osiguranje</i>	31
5. USPOREDBA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U HRVATSKOJ I NJEMAČKOJ.....	33
5.1. Općenita usporedba sustava	33
5.2. Usporedba i analiza obiteljskog osiguranja.....	37
5.3. Usporedba i analiza studentskog osiguranja.....	39
5.4. Analiza broja osiguranika u obveznim osiguranjima u Hrvatskoj i Njemačkoj.....	41

5.5. Prijepis osiguranika iz sustava ZO Njemačke u hrvatski sustav ZO	45
6. MEĐUNARODNE NORME S UTJECAJEM NA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	47
6.1. Europskaskaznica zdravstvenog osiguranja	48
7. ZAKLJUČAK	50
POPIS LITERATURE	52
POPIS ILUSTRACIJA	54
POPIS PRILOGA	55

1. UVOD

1.1. Predmet i cilj rada

Predmet završnog rada jest definiranje pojma zdravstvenog osiguranja te analiza i usporedba sustava i analiza elemenata usklađenosti sustava u Hrvatskoj i Njemačkoj. U sklopu rada nastoji se prezentirati sve informacije koje su mjerodavne za razumijevanje rada i funkcioniranja sustava zdravstvenog osiguranja kako na području obveznog tako i na području dobrovoljnih oblika zdravstvenog osiguranja. Svrha rada proizlazi iz provođenja istraživanja o teorijskim postavkama te prikaz primjera dvaju različitih sustava zdravstvenog osiguranja i njihovog opsega usluga prema osiguranicima. Uz istraživanje i prikaz razlika i usklađenih segmenata sustava zdravstvenih osiguranja ovim se radom želi prikazati razina implementacije određenih normi i standarda u sustave zdravstvenog osiguranja obje države članice Europske unije.

Cilj rada jest odgovoriti na tezu da „sustavi zdravstvenog osiguranja u državama Hrvatskoj i Njemačkoj imaju niz postavki koje su izjednačene no da i dalje postoje područja koja treba nastojati izjednačiti kako bi svi građani Europske unije imali jednaka prava u pogledu na socijalno, u ovom konkretnom primjeru, jednako zdravstveno osiguranje.“

1.2. Izvori podataka i metode istraživanja

Prilikom izrade ovog rada korištena je različita literatura koja se bavi stručnim područjem osiguranja i zdravstvenog osiguranja te povezanim područjima kao što su ekonomija, menadžment, upravljanje kvalitetom i drugima. Korištena je stručna literatura u obliku knjiga i članaka. Uz navedenu stručnu literaturu, korišteni su i stručni časopisi, stručni savjeti te službene internetske stranice Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te stranice koje sadrže informacije o osiguranjima u Njemačkoj. U sklopu rada navodi se nekoliko konkretnih primjera kako bi se što bolje dokazala teza postavljena na početku rada. Prilikom izrade završnog rada korištena je deskriptivna metoda, metoda kompilacije te metoda analize i sinteze.

1.3. Struktura rada

Rad je strukturiran u sedam poglavlja. U uvodnom poglavlju je u najkraćim crtama istaknuto čime se bavi rad, na čemu se temelji te na koji način se prikazana implementacija teorijskih saznanja navodi u praktičnoj primjeni. Nakon uvodnog se u drugom dijelu rada navode temeljene informacije vezane uz teoriju i definiciju zdravstvenog osiguranja i najvažnijih općih postavki.

Treće i četvrto poglavlje prikazuje rezultate istraživanja o sustavu zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj, njihove sličnosti i razlike te najvažnije informacije.

Peto poglavlje temelji se na detaljnom istraživanju i navođenju razlika, analize i usporedbe usluga koje nude zdravstvena osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj.

Šesto poglavlje nastoji prikazati najvažnije norme i standarde koje se je implementiralo u sustave zdravstvenog osiguranja u svrhu izjednačavanja sustava zdravstvenog osiguranja u državama članica Europske unije.

Nadalje se šesto poglavlje se bavi tematikom povezanom uz „Europsku karticu zdravstvenog osiguranja“ i njenoj svrsi te prednostima koje donosi njeno korištenje na području Europske unije. Sedmim poglavljem zaključuje se cjelokupna tematika ovog rada te se donosi zaključak.

2. TEORETSKE OSNOVE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Zdravstveno osiguranje je jedno od temeljnih prava svakog građana u Europskoj kulturi. To je osiguranje koje pokriva dio troškova koji nastaju uslijed potrebe za zdravstvenom zaštitom i zdravstvenom srbi osiguranika.

Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih te individualnih mjera, usluga i aktivnosti vezanih uz očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, pravodobno otkrivanje bolesti i liječenje bolesti te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja.¹

Stoga je važno biti dobro upoznat s pravilima i načinom funkcioniranja zdravstvenog osiguranja, njegovom svrhom, zadaćama i opsegom pokrivenosti što na teritoriju države u kojoj je osiguranik državljanin tako i u državama koje imaju određene ugovore ili međunarodne sporazume. Tako se na području EU može koristiti Europska iskaznica zdravstvenog osiguranja.²

¹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, čl. 2, čl.3, www.zakonn.hr, 01.09.2015.

²Više o Europskoj iskaznici navodi se u šestom poglavlju rada.

3. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Sabor i Vlada Republike Hrvatske su 2006.godine definirali i u Narodnim novinama pod brojem 85/06, 105/06 objavili „Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju“ te su se navodile izmjene i ispravci pod brojem 118/06. Izmjenom zakona i uslijed članstva u Europskoj unije se s 2013. godinom primjenjuje novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju koji je objavljen u Narodnim novinama, broj 80/13. Zdravstveno osiguranje je osiguranje koje u slučaju bolesti, ozljeda i drugih nesretnih slučajeva pokriva troškove liječenja, troškove opskrbe lijekovima i medicinskim pomagalicama, isplati dogovorenih novčanih naknada i kombinaciju isplata i pokrivanje troškova liječenja.³

3.1. Sustav zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj

U Hrvatskoj se zdravstveno osiguranje dijeli na obvezno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje i obvezno zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje dijeli se na dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno zdravstveno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje.⁴

Obvezno zdravstveno osiguranje pruža i osigurava prava i obveze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja prema načelu uzajamnosti i načelu solidarnosti. Provođi ga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Tko su korisnici, odnosno osiguranici i kakva su njihova prava određeno je zakonom.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ubraja se u neživotna osiguranja. Ugovara se kao dugoročno osiguranje u trajanju od minimalno jedne godine. Postoji nekoliko razlika u oblicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja, dok sedodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog

³ Klasić, K; Andrijanić, I.: op.cit., str. 115

⁴Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 21.01.2016.

osiguranja te veći opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.⁵ Privatnim zdravstvenim osiguranjem se osiguravaju fizičke osobe koje borave na teritoriju Republike Hrvatske a nisu obvezni biti osigurani prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.⁶

Dok se obvezno zdravstveno osiguranje provodi i osigurava preko Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) se dobrovoljno zdravstveno osiguranje provodi u društvima za osiguranje koja su od HANFA-e dobila dozvolu za provođenje i obavljanje takve vrste osiguranja. Iznimno se dopunsko osiguranje provodi u HZZO-u. Važno je navesti da je HZZO pritom dužan voditi sredstva odvojeno, što znači da se odvojeno promatra obvezno i dopunsko zdravstveno osiguranje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje pojedinci ugovaraju za sebe ili članove obitelji. Poslodavci također mogu sklopiti takvo osiguranje za svoje zaposlenike. Uvjet za osiguranje u nekom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju jest da je osoba prijavljena u obvezno zdravstveno osiguranje.

Obvezno zdravstveno osiguranje osigurava svoje osiguranike također i u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti. S obzirom da obvezno zdravstveno osiguranje pruža Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje se i štete nastale na radnom mjestu prijavljuju HZZO-u te se na temelju Zakona provodi preventiva i kurativa. Zakon o zaštiti na radu jedan je od posebnih Zakona te obvezuje poslodavce da spriječe nastanak ozljeda ili bolesti nastalih na osnovu aktivnosti na radnom mjestu.⁷

Prijava u obvezno zdravstveno osiguranje vrlo je jednostavna. Prilikom dolaska u područni ured ispunjava se tiskanica koju je Zavod pripremio te se predaje papirnata dokumentacija ovisno o okolnostima temeljem kojeg se vrši prijava. Predaje se rodni list ne stariji od šest mjeseci, osobni identifikacijski broj, kopija osobne iskaznice te ispunjeni obrazac tiskanice T1 (Prilog 1.). Obvezno zdravstveno osiguranje počinje vrijediti od trenutka prijave a kao dokaz o statusu osiguranika se dobiva ispisana potvrda dok ne stigne kartica obveznog osiguranja. Također postoji mogućnost elektroničke prijave u sustav zdravstvenog osiguranja. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje fizičkim osobama pruža mogućnost online prijave i

⁵ Klasić, K; Andrijanić, I.: „Osnove osiguranja – načela i praksa“, III. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, TEB poslovno savjetovanje d.o.o., Zagreb, 2013., str. 91

⁶ Ibid.

⁷ Šijaković, A.; Kereta, J.; Kiš, D.: „Utjecaj dobrovoljnog dodatnog zdravstvenog osiguranja na stopu bolovanja i smanjenje troškova“, Sigurnost 50, 2008., str. 386-387, www.hrcaksrce.hr, 5.12.2014.

sklapanja ugovora o dopunskom osiguranju. Pomoću poveznice na stranici HZZO-a se mogu upisati svi potrebni podaci kao što su osobni podaci, OIB, provodi se provjera te se odabire način plaćanja. Moguće je platiti karticama kao na primjer Diners, American Express ili Visa karticama.

Pravne osobe mogu zatražiti elektronsku karticu kojom se omogućava direktna prijava zaposlenika između ostaloga i na Zavodu za zdravstveno osiguranje. Direktna povezanost uspostavlja se pomoću elektronske pristupnice u obliku kartice koja pravnu osobu povezuje s FINA-om te time sa svim povezanim ustanovama u sustavu.

3.2. Obvezno zdravstveno osiguranje i osiguranici

Obvezno zdravstveno osiguranje je ono koje svim osiguranim osobama osigurava prava i obveze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti i solidarnosti i koje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Zakonom je utvrđeno tko su osiguranici i koliki im je opseg prava.⁸

Iz definicije proizlazi da se pod obveznim zdravstvenim osiguranjem podrazumijeva ono zdravstveno osiguranje koje obuhvaća sve osobe koje imaju pravo ili su zakonskom obvezom osiguranici u HZZO-u.

Svrha obveznog zdravstvenog osiguranja sagledava se u pružanju temeljnih prava osiguranicima. Prava koja osiguranici imaju u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja direktno su povezana sa zdravljem osiguranika kao što su posjeti liječniku, temeljna zdravstvena zaštita, preventiva i kurativa.

Svaki građanin Republike Hrvatske je obvezan prijaviti se na obvezno zdravstveno osiguranje u HZZO. Osobe s prebivalištem u Hrvatskoj te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Hrvatskoj su dužni prijaviti se na zdravstveno osiguranje. Kada je riječ o strancima sa stalnim boravkom, tada se ovakva regulativa primjenjuje ukoliko nije drugačije definirano međunarodnim ugovorom. Slično je i kod stranaca koji dolaze iz država članica EU ili država koje nisu članice. Primjerice radi se o osobama iz inozemstva koje obavljaju neku gospodarsku djelatnost na teritoriju Hrvatske. S obzirom na specifičnu situaciju se tada često radi o osobama s privremenim boravkom i radnom odnosu kod poslodavca sa sjedištem u

⁸Šijaković, A.; Kereta, J.; Kiš, D.: op.cit., str. 386

Hrvatskoj.⁹ Za dodatne informacije i obradu pojedinih slučajeva veliku pomoć pruža Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. U Hrvatskoj se obvezno zdravstveno osiguranje može sklopiti isključivo u podružnicama HZZO-a.

Unatoč činjenici da je svaka osoba obvezna prijaviti se na obvezno zdravstveno osiguranje ipak postoje određeni uvjeti i definicije koje osobe se na koji način i po kojoj osnovu osiguravaju.

Prema Zakonu o obveznom osiguranju svaka osoba obvezno se mora prijaviti se na obvezno zdravstveno osiguranje te time stječe status osiguranika:¹⁰

1. osobe u radnom odnosu kod pravne ili fizičke osobe sa sjedištem u Republici Hrvatskoj,
2. 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,
3. 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 ili nisu obvezno zdravstveno osigurane prema propisima države rada na popisani način
4. 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,
5. osobe koje se stručno osposobljavaju za rad bez zasnivanja radnog odnosa i osobe koje koriste mjere aktivnog zapošljavanja,
6. 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 obavljaju djelatnost poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje,

⁹ Službena stranica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 5.12.2014.

¹⁰ Ibid.

7. poljoprivrednici koji obavljaju poljoprivrednu djelatnost te ako nisu obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu,
8. osobe koje obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao dio obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva,
9. svećenici i drugi vjerski službenici vjerske zajednice,
10. korisnici prava na mirovinu,
11. korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju,
12. korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja,
13. osobe s prebivalištem ili odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su se prijavile HZZO-u u zadanom roku,
14. 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, a najduže u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi,
15. 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, a najduže

u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi

16. 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, a prijavile su se u roku od 30 dana po završetku edukativne mjere na Zavod,

17. supružnik umrlog osiguranika,

18. osobe s prebivalištem te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj kojima je priznato svojstvo invalida rata,

19. hrvatski branitelji iz Domovinskog rata, ,

20. osobe koje pružaju njegu i pomoć hrvatskom ratnom vojnom invalidu Domovinskog rata,

21. osobe na odsluženju vojnog roka,

22. 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,

23. 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,

24. osobe upućene u drugu državu članicu ili treću državu u sklopu međunarodne suradnje, dok se tamo nalaze po toj osnovi,

25. osobe kojima je priznato pravo na status roditelja njegovatelja prema posebnom zakonu,

26. 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,

27. članovi obitelji smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja koji imaju prebivalište ili odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj, ako su se HZZO-u 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,

28. 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

Za određene stavke, tj. osobe osigurane kod Zavoda za zdravstveno osiguranje vrijedi da se obvezno osiguravaju i za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti. Takva odredba se odnosi na osobe koje se opisuju u stavkama 1. do 6., 8., 9., 20. i 25.¹¹

Nadalje se kao osiguranici pojavljuju i osobe koje ostvaruju dohodak na temelju ugovora o djelu ili autorskih honorara. Tada se osobe osiguravaju samo u slučaju kada imaju priznato prebivalište u Hrvatskoj i ukoliko im je sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja uplaćen jednokratnom ili višekratnim uplatama u posljednjih pet godina doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje najmanje u visini doprinosa obračunatog na najnižu osnovicu za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje za razdoblje od šest mjeseci.

Djeca su do svoje punoljetnosti najčešće osigurana preko svojih roditelja te time automatski stječu status osiguranika. Postoje iznimke kada dijete ostaje osigurano preko roditelja iako je navršilo 18 godina. Uvjet za takvo osiguranje zahtjeva da se utvrdi da je dijete nesposobno za samostalni život ili rad te takva nesposobnost može biti definirana kao trajna ili potpuna te roditelj treba pristati uzdržavati svoje dijete. Uz dijete postoje i druge osobe koje mogu biti članovi obitelji osiguranika, a to su supružnik; roditelji, ako ne mogu uzdržavati same sebe i ovise o osiguranom djetetu; unuci, braća i bake i djedovi ukoliko nisu u mogućnosti uzdržavati sami sebe te ovise o osiguraniku i njegovoj skrbi. Navedene osobe stječu pravo biti osigurani preko nositelja osiguranja samo ako imaju prebivalište u Hrvatskoj te nisu ostvarili pravo na temelju prethodno navedenih 28. točaka o statusu osiguranika.

¹¹ Službena stranica Zavoda za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 5.12.2014.

Ukoliko osoba ne zadovolji niti jedan od navedenih uvjeta moguće ju je osigurati na načina da sama plaća doprinos za osiguranje. To čini jednokratno na osnovnu najmanje osnovice za obračun doprinosa od dana ranijeg prestanka osiguranja a za trajanje 12 mjeseci. Također postoji potreba za osiguranjem osoba prema propisima socijalne skrbi. One su osiguranici po osnovi socijalne skrbi sve dok se njihova situacija ne promijeni.

3.2.1. Prava osiguranika

Osiguranik ima niz prava koja proizlaze iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Obuhvaćena je primarna zdravstvena zaštita, specijalistička zdravstvena zaštita, bolnička zaštita, pravo na lijekove, dentalna, ortopedska i druga pomagala te pravo zaštite u drugim državama članicama Europske unije.

Pod primarnom zaštitom se podrazumijeva slobodan odabir liječnika opće medicine, dentalne medicine itd. Specijalistička zaštita podrazumijeva upućenje osiguranika ka najbližem specijalistu određenog područja kao što je dentalna medicina, pedijatar, ginekolog i slično. Bolnička zaštita podrazumijeva situaciju kada se osigurana osoba slučajem potrebe nađe u bolnici. Lijekovi služe kao pomoć pri očuvanju zdravlja. S obzirom na to se sastavila lista lijekova koji najbolje ispunjavaju svoju svrhu zdravstvene zaštite te su stoga uključeni u potpunosti u sustavu zdravstvene zaštite. Isto vrijedi i za ortopedska i dentalna pomagala.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje definirao je koje usluge se u potpunosti plaćaju iz fonda obveznog osiguranja¹²:

- cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djece do navršениh 18 godina,
- preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
- preventivnu zdravstvenu zaštitu žena, praćenje trudnoće i poroda, zdravstvenu zaštitu medicinski potpomognutom oplodnjom,
- preventivna zdravstvena zaštita osoba starijih od 65 godina,

¹² Ibid.

- preventivna zdravstvena zaštita osoba s invaliditetom,
- cjelokupnu zdravstvenu zaštitu osoba s zaraznim bolestima kao npr. HIV i druge,
- obvezno cijepljenje i preventiva pojava bolesti, liječenje kroničnih bolesti na psihičkoj bazi, liječenje zloćudnih bolesti te ozljeda na radu u cijelosti,
- u cijelosti preuzima troškove dijalize, presađivanje ljudskih organa, hitne pomoći,
- patronažnu zdravstvenu zaštitu, sanitetski prijevoz bolesnika, kućnu njegu,
- lijekove sa osnovne liste lijekova na recept,
- laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite te palijativnu zdravstvenu zaštitu.

Postoji obveza sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite. Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji je obvezna snositi osigurana osoba može po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 60,13% proračunske osnovice ili 2.000,00 kuna.¹³

Postoje liječnički zahvati koji nisu uključeni u prethodno navedenu listu, a to su na primjer estetski zahvati, eksperimentalno liječenje, zdravstvena zaštita koju osiguravaju poslodavci, liječenje dobrovoljnog stečenog steriliteta, kirurško liječenje pretilosti i slično.

Pravo na obvezno osiguranje imaju osobe koje su privremeno nesposobne za rad. Pod pojmom „nesposobnosti“ za rad podrazumijeva se vrijeme za koje osoba osiguranik ima pravo na naknadu plaće. Osiguranik je odsutan s radnog mjesta radi ozljede radi koje nije u mogućnosti obavljati posao sukladno ugovoru i uvjetima koji nalaže posao. Detaljna pojašnjenja vezano uz iznos naknade neće se navoditi u sklopu ovoga rada. Spomenuto je navedeno na službenoj stranici HZZO-a.

Uz sve navedeno postoji još jedna vrlo bitna stvar koji je potrebno spomenuti u sklopu prava koje osiguranik ostvaruje prilikom sklapanja obveznog zdravstvenog osiguranja. Postoji odredba koja objašnjava pravo na smještaj uz dijete. Radi se o smještaju uz dijete kada se

¹³ Detaljne informacije mogu se pročitati na službenoj stranici Zavoda za zdravstveno osiguranje.

dijete nalazi na liječenju u bolničkoj ili inoj zdravstvenoj ustanovi. Pravo na cjelodnevni smještaj ostvaruje osoba koja je vezana uz dijete na način da je dijete ovisno o majčinom mlijeku ili se radi o djetetu s poteškoćama u razvoju. Pravo na dnevni smještaj bez noćenja ostvaruje jedan roditelj kada se radi o djetetu mlađem od pet godina i da se radi o liječenju akutne bolesti. Ukoliko se radi o malignim bolestima ili bolestima koje ugrožavaju život djeteta roditelj ima pravo boraviti uz dijete na osnovu cjelodnevnog boravka te nije obavezan nadoplatiti svotu. Uputnica liječnika kojim se dijete prima na liječenje vrijedi za jednog roditelja u pratnji. Ovo pravilo vrijedi tada, kada se dijete nalazi na liječenju u kliničkom bolničkom centru, klinici ili slično. Također postoje i prava na smještaj uz dijete u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju i na smještaj uz dijete za vrijeme njegovog bolničkog liječenja u inozemstvu.¹⁴

3.3. Oblici dodatnog osiguranja u Hrvatskoj

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje čine dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje.¹⁵ Dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje ugovaraju se kao dugoročna osiguranja i koja se ugovaraju u pravilu u trajanju od godine dana te se obnavljaju s završetkom tog razdoblja.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje provode društva za osiguranje, tj. osiguravatelj koji posjeduje dozvolu za obavljanje i sklapanje osiguranja na području zdravstva. Dozvola se dobiva od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja sukladno Zakonu o osiguranju. Osiguravatelj ne smije započeti obavljati poslove dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti od strane Ministarstva zdravlja i ministra navedenog Ministarstva.

Zajednička osnovna obilježja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja su sljedeća:¹⁶

- čini ih vrsta osiguranja 02., u kategoriji je osiguranja nadoknade štete, jer se podmiruju troškovi liječenja ili dio tih troškova;

¹⁴ Službena stranica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 5.12.2014.

¹⁵ Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, NN, br. 85/06, 150/08, 71/10

¹⁶ Klasić K., Andrijanić I., Osnove osiguranja- načela i praksa, TEB-POSLOVNO SAVJETOVANJE D.O.O., Zagreb, 2013., str. 143

- osiguranje poslodavca za naknadu štete koja proizlazi ozljedom na radu ili profesionalnom bolešću a isplaćuje se djelatniku, u Hrvatskoj se regulira posebnim zakonom;
- štete su tzv. „dugog repa“ što znači da se radi o štetama koje se sporije prijavljuju te za takve štete treba dugo vremena da se razriješe i nadoknadi šteta (posebno za profesionalne bolesti);
- štete se često i ponovno aktiviraju (Postojeća šteta kao npr. profesionalna bolest se pojavljuje učestalo ili relativno često.).

3.3.1. Dopunsko zdravstveno osiguranje

Dopunsko zdravstveno osiguranje je ono kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja i predstavlja svojevrsnu doplatu do pune cijene ili ukupnog iznosa troška liječenja. Ugovara se sklapanjem ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguravatelja.

Ugovarateljem dopunskoga zdravstvenog osiguranja smatra se osiguranik, odnosno pravna ili fizička osoba, tijelo državne vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika sklopilo ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i time obvezalo na uplatu premije dopunskog osiguranja. Osiguranik dopunskog zdravstvenog osiguranja je fizička osoba koja je sklopila ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i koja koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju. Prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, osiguranik jedino može biti osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju. Gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju osiguranik gubi status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje, s obzirom na opseg pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, određuje osiguravatelj. Osiguravatelj koji nudi dopunsko zdravstvenog osiguranja obavezan je:

- sklopiti ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom koja se želi osigurati po programima osiguravatelja,

- za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dopunskoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.

Sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, ugovorni subjekt pokriva dio troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja naplaćuje od osiguravatelja.

3.3.2. Dodatno zdravstveno osiguranje

Dodatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguravatelja. Ugovaratelj dodatnog zdravstvenog osiguranja, kao i kod dopunskog zdravstvenog osiguranja može biti pravna ili fizička osoba, tijelo državne 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 prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Ponovno, kao i kod dopunskog zdravstvenog osiguranja, je osiguravatelj ona instanca koja 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.

Osiguravatelj se obvezuje:

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

Ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju određuju se zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici kod kojih osiguranik na temelju sklopljenog ugovora s osiguravateljem može koristiti prava iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja.

Zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni djelatnici sa sklopljenim ugovorom o provođenju zdravstvene zaštite sa Zavodom mogu sklopiti ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju samo za kapacitete izvan ugovorenih kapaciteta sa Zavodom i za osiguranje većeg opsega prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja kao i za osiguranje višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, izvan ugovorenog radnog vremena sa Zavodom.

Za korištenje kapaciteta izvan ugovorenih kapaciteta Zavoda za provođenje dodatnoga zdravstvenog osiguranja zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnici obvezni su ishoditi suglasnost ministarstva zdravlja i ministra istog ministarstva.

Po ishodoj suglasnosti ministra zdravstva, zdravstvena ustanova, odnosno trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost može sklopiti ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju na temelju prethodne odluke upravnog vijeća, odnosno nadležnog tijela trgovačkog društva. Postupak i način provođenja dodatnoga zdravstvenog osiguranja uređuje se općim aktom koji donosi upravno vijeće zdravstvene ustanove, odnosno nadležno tijelo trgovačkog društva.

Osiguravatelj 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 nadležnom ministarstvu. Sadržaj podataka i rokove za dostavljanje podataka pravilnikom propisuje ministar zdravstva.

3.3.3. Privatno zdravstveno osiguranje

Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom

zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Ova skupina ljudi uključuje na primjer strane državljane koji borave na teritoriju Republike Hrvatske radi službenih ili privatnih razloga i slično.

Osoba s drugim državljanstvom koja boravi u Republici Hrvatskoj, odnosno stranac, svoj status dokazuje dokumentom posebno izdanim od strane policijske uprave ili postaje prije korištenja zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod zdravstvenog djelatnika privatne prakse. Isti dokument neophodan je u slučaju potrebe liječenja u bolničkim ustanovama jer njime dokazuje svoj status.

Stranci koji mogu ostvariti privatnu zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj su:¹⁷

- stranac na kratkotrajnom boravku,
- stranac na privremenom boravku koji nije obvezno zdravstveno osiguran,
- tražitelj azila,
- 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.

Stranac osobno snosi troškove zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, osim ako pravo na zdravstvenu zaštitu ne ostvaruje po drugoj osnovi, odnosno sukladno propisima Europske unije ili međunarodnom ugovoru. Ipak, u određenim slučajevima Republika Hrvatska osigurava sredstva u državnom proračunu za zdravstvenu zaštitu.¹⁸

1. tražitelja azila,
2. stranca pod privremenom zaštitom,
3. azilanta,
4. stranca – člana obitelji azilanta, ako mu obvezno zdravstveno osiguranje ili zdravstvena zaštita nije osigurana po drugoj osnovi,
5. stranca pod supsidijarnom zaštitom,

¹⁷Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj, NN, br. 80/13

¹⁸ Ibid.

6. stranca – člana obitelji stranca pod supsidijarnom zaštitom, ako mu obvezno zdravstveno osiguranje ili zdravstvena zaštita nije osigurana po drugoj osnovi,
7. maloljetnog stranca koji se zatekne u Republici Hrvatskoj bez roditeljske skrbi, odnosno bez pratnje roditelja ili druge odrasle osobe koja je odgovorna skrbiti o njemu,
8. stranca koji boravi u Republici Hrvatskoj na poziv njezinih tijela državne vlasti,
9. stranca koji je obolio od kolere, kuge, virusnih hemoragijskih groznica ili trbušnog tifusa,
10. stranca koji nezakonito boravi u Republici Hrvatskoj, a smješten je u prihvatnom centru ili mu je prisilno udaljenje privremeno odgođeno ili mu je određen rok za povratak.

Strancu koji nije obvezno zdravstveno osiguran ili mu se zdravstvena zaštita ne osigurava u skladu s propisima EU-a ili međunarodnim ugovorom, osigurava se hitna medicinska pomoć (uključujući i hitni prijevoz u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu te zdravstveno zbrinjavanje za vrijeme prijevoza) koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti za život i zdravlje, prema standardu prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Troškove hitne medicinske pomoći i prijevoza obvezan je snositi stranac ukoliko ne postoji druga mogućnost. U takvom slučaju provoditelj zdravstvene zaštite obvezan mu je ispostaviti račun, koji je ujedno i ovršna isprava.

Ako je strancu na njegov zahtjev pružena usluga koja nema obilježje hitne medicinske pomoći, pružatelj zdravstvene zaštite istu je obvezan naplatiti od stranca ili njegova zakonskog zastupnika. Također, moguće je od stranca zahtijevati i prethodnu uplatu novčanog iznosa u visini očekivanih troškova zdravstvene usluge, odnosno pribaviti drugo jamstvo.

4. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U SR NJEMAČKOJ

U Saveznoj Republici Njemačkoj se zdravstveno osiguranje realizira na temelju nekoliko različitih vrsta i oblika osiguranja. S obzirom na to je potrebno pojasniti različite vrste osiguranja, obvezno i privatno zdravstveno osiguranje te objasniti temeljne odrednice i najvažnije stavke vezane uz navedena osiguranja. Nadalje se navode i različite vrste dodatnih zdravstvenih osiguranja te njihov opseg.

4.1. Sustav zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj

U Njemačkom sustavu zdravstvenog osiguranja potrebno je razlikovati dvije temeljne vrste osiguranja. Svaki građanin se mora registrirati i prijaviti u jednoj od osiguravajućih kuća koje nude obavezno zdravstveno osiguranje ili „gesetzliche Krankenversicherung“. Obvezno ili zakonsko obavezujuće osiguranje djeluje na principu solidarnosti što znači da svaki osiguranik uplaćuje određeni iznos prema svojoj platežnoj moći. Tako osobe s većih prihodima i bogatiji dio stanovništva plaća veće iznose nego siromašniji dio stanovništva. Postotak iznosa se obračunava na temelju bruto plaće. Osobe bez prihoda često su osigurani preko bračnog partnera ili djeca preko roditelja. Uz obvezno zdravstveno osiguranje moguće je sklopiti dodatno zdravstveno osiguranje koje preuzima dio troškova koji nastaju u ambulantama dentalne medicine, troškove posebnog njego vanja i liječenja u bolnicama i druge troškove.

Druga vrsta zdravstvenog osiguranja jest privatno zdravstveno osiguranje koje ne podliježe principu solidarnosti već se odnosi na svaku osobu individualno prema njegovim karakteristikama i mogućnostima. Tako se iznos naknade koja se plaća obračunava na temelju nekoliko informacija koje uključuju zdravstveno stanje u trenutku pristupanja osiguranju privatnog zdravstvenog osiguranja, opseg tarife i ugovora koji se sklapa te uslugama koje su obuhvaćene odabranim tarifom te dob osiguranika. Spol i prihodi nisu mjerodavni kada se promatra privatno zdravstveno osiguranje.¹⁹

¹⁹ Portal „JustLanded“, www.justlanded.com, članak: „Die 2 Arten der Krankenversicherung“, 22.7.2015.

4.2. Obvezno zdravstveno osiguranje i osiguranici

U Saveznoj Republici Njemačkoj se prema Zakonu o obveznom osiguranju²⁰ svaka osoba mora osigurati u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja koje se u osiguravajućem sustavu Njemačke definira kao „gesetzliche Krankenversicherung“ što u slobodnom prijevodu znači zakonsko ili zakonom određeno osiguranje. Takva vrsta osiguranja se i u Njemačkoj temelji na principu solidarnosti što znači da svaka osigurana osoba ima pravo na korištenje i konzumaciju zdravstvenih usluga koje potrebuje neovisno o primanjima, dohotku i doprinosu za osiguranje. Vlada je u siječnju 2009. godine Zakonom odredila stopu doprinosa koju je potrebno dodatno platiti osiguravatelju za zdravstveno osiguranje.²¹

Obvezno zdravstveno osiguranje predstavlja osiguranu visoko kvalitetnu zdravstvenu skrb prema potrebi pojedinaca. Obveznim zdravstvenim osiguranjem osigurano je oko 51 milijun osoba. Dodatnih 20 milijuna je osigurano preko članova obitelji što dovodi do zaključka da se više od 70 milijuna stanovnika ubraja u osiguranike uključene u obvezno zdravstveno osiguranje.²² Članovi obitelji mogu biti osigurani preko drugog člana obitelji bez daljnjeg plaćanja, tj. besplatno su osigurani preko drugog člana obitelji.

Iznos doprinosa se određuje prema ekonomskoj moći pojedinca. Tko ima veći dohodak plaća viši doprinos i obrnuto, tko ima manji dohodak plaća manji iznos doprinosa. Osobe s izrazito malim prihodima se pritom podržavaju na način da ih se oslobađa od plaćanja nekih od doprinosa koji su za druge osiguranike obvezno naplativi. Pritom se opseg usluga ne mijenja, već ostaje isti neovisno o financijskom pitanju plaćanja ili neplaćanja i prethodno navedenoj situaciji. Članstvo u obveznom zdravstvenom osiguranju ne smije biti zabranjeno niti jednoj osobi neovisno o financijskoj situaciji.

Svaka osoba sa statusom zaposlenika, osobe koje izučavaju zanat te studenti i mladi koji pohađaju školu kao i nezaposleni moraju biti registrirani u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Neke od skupina su: osobe koje primaju socijalna davanja i pomoći od države, poljoprivrednici i svi članovi obitelji te svi zaposlenici na poljoprivrednim gospodarstvima, umjetnici i publicisti, mladi odrasli u posebnim ustanovama, osobe s invaliditetom, studenti

²⁰Sozialgesetzbuch, gesetzliche Krankenversicherung: § 5 Abs. 1 Nr. 9 [SGB V](#), § 21 [KVLG 1989](#)

²¹Krankenkassen Deutschland, www.krankenkassen.de, 30.12.2014.

²²Ibid.

do završetka 14. semestra studija ili do najduže 30. godine mogu biti osigurani kao studenti, umirovljenici i osobe koje su podnijele zahtjev za stjecanje statusa umirovljenika i druge skupine.²³

Svaka osoba čiji mjesečni dohodak iznosi manje od 4.575 eura bruto²⁴ se automatski osigurava te ne postoji potreba za ispunjavanjem ikakvih zahtjeva. Osobe koje imaju veća primanja mogu dobrovoljno ostati osiguranici ali nisu obvezni. Svaka treća osoba oslobođena je plaćanja. Također postoji opcija stjecanja statusa osiguranika preko osiguranog člana u obitelji. Pritom treba uvažiti da se na takav način mogu osigurati supružnici, partner istog spola koji je upisan kao životni partner te djeca. Uvjet jest da osobe stanuju na istoj adresi.

4.3. Prava osiguranika

Svaka osigurana osoba ima pravo na jednaki opseg usluga te se osiguraniku jamči temeljna zdravstvena zaštita. Usluge koje su uključene u temeljnu zdravstvenu zaštitu i skrb obuhvaćaju usluge sprječavanja i liječenja bolesti, zdravstvene usluge vezane uz kontracepciju i zdravstvenu skrb vezanu uz pobačaj, zdravstvene usluge vezane uz rano otkrivanje bolesti te liječenje bolesti. Osiguranik bira liječnika opće prakse te se troškovi obračunavaju direktno s njim kada je liječnik u sustavu zdravstvenog osiguranja, što vrijedi za skoro sve liječnike koji nisu isključivo liječnici za privatne pacijente. Također se među temeljnu zdravstvenu zaštitu ubraja i stomatološka njega i održavanje uz naznaku da se određene usluge naplaćuju. Boravak u bolnici plaćen je u potpunosti s time da je uvjet da se bolničko liječenje obavlja u najbližoj bolnici koja nudi potrebne zdravstvene usluge i tretmane. Nadalje se ubraja i kućna njega u slučajevima kada je potreban ili može zamijeniti boravak u bolnici. Kao i druge usluge tako se i troškovi za dio lijekova djelomično naplaćuje iz fonda koji je namijenjen za tu svrhu. Postoje lijekovi koji se naplaćuju ili je potrebno doplatiti dio iznosa no postoje i oni lijekovi za koje ne treba nadoplata.²⁵

²³ Ibid.

²⁴ Gesetzliche Krankenkassen – Ihr Vergleichsportal, www.gesetzlichekrankenkassen.de, 01.09.2015.

²⁵ Ibid.

4.4. Osiguravatelji obveznog zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj

U Njemačkoj postoji nekoliko različitih vrsta osiguranja i veliki broj osiguravajućih kuća koje pružaju temeljnu zdravstvenu zaštitu. Razlika između pojedinih osiguravajućih kuća sagledava se kroz različite opcije, paket usluga i mogućnosti osiguranja koje nude svojim klijentima. U nastavku se navode sve osiguravajuće kuće ili društva koja omogućavaju stjecanje statusa osiguranika. Postoji šest osiguravajućih društava koja pružaju obvezna zdravstvena osiguranja preko kojih se ostvaruje temeljno, zakonsko ili obvezno zdravstveno osiguranje u Njemačkoj. Pojedine tvrtke sklopile su suradnju sa jednom od osiguravajućih kuća ili su povezane s osiguravajućom kućom koja njihovim zaposlenicima i članovima obitelji osigurava veći ili bolji opseg usluga. Prema tome se ukratko navodi šest temeljnih osiguravajućih kuća, tj. društava u Njemačkoj:

- AOK – Allgemeine Ortskrankenkassen
Radi se o osiguravajućoj kući koja upisuje osiguranike nevezano gdje su zaposleni, koji su svojevolumno odabrali ovo društvo i paket usluga te odlučili se osigurati preko ovog općeg osiguravatelja. Ovo društvo svoje poslovnice organizira prema mjestima, pokrajinama te se osobe registriraju u pripadajućoj poslovnici.
- EK – Ersatzkassen
Osiguranici su se svojevolumno i nevezano uz zaposlenje ili na temelju drugih čimbenika odlučili osigurati preko ovog općeg osiguravatelja. Pored AOK, IKK i BKK, ovo su nositelji obveznog zdravstvenog osiguranja koji su najviše rasprostranjeni. Izvorno se ova vrsta osiguranja formirala kao alternativa naspram AOK, IKK i BKK. Danas su priznati u jednakoj mjeri kao i sva ostala društava.
- IKK - Innungskrankenkassen
Radi se o osiguranicima koji su se svojevolumno i bez obzira na zaposlenje ali s obzirom na mjesto prebivališta tj. pokrajini u kojoj žive prijavljeni u obvezno zdravstveno osiguranje. Formiraju se na temelju grupe zaposlenika istog ili vrlo sličnih zanata, zanimanja ili struke.

- BKK – Betriebskrankenkassen

Postoji određena vezanost uz poduzeće u kojoj je zaposlen osiguranik ili osoba preko koje je druga osoba osigurana. U današnje vrijeme se često organiziraju prema pokrajinama.

BKK – Geschlossene Betriebskrankenkassen

Postoji isključiva veza između statusa osiguranika i njegovog zaposlenja u određenoj tvrtki. Godine 2010. registrirano je bilo oko 100 BKK s oko 10 milijuna osiguranika. U prethodnim godinama bio je registriran veći broj no radi spajanja manjih društava se 2010. godine broji oko 100 društava. Primjeri za ovu vrstu osiguravajućeg društva su „BAHN-BKK“, „BOSCH BKK“, „Audi BKK“ ili „Linde BKK“.

- Knappschaftskassen

Ovaj oblik društva zastupljen je diljem Njemačke a status osiguranika vezan je uz vrstu zaposlenja. Knappschaftskassen su prvobitni oblik obveznog zdravstvenog osiguranja koje se veže uz zaposlenje. Izvorno su se osiguravali zaposlenici koji su radili u kamenolomima, rudnicima ili na sličnim poslovima.

- LKK – Landwirtschaftliche Krankenkasse

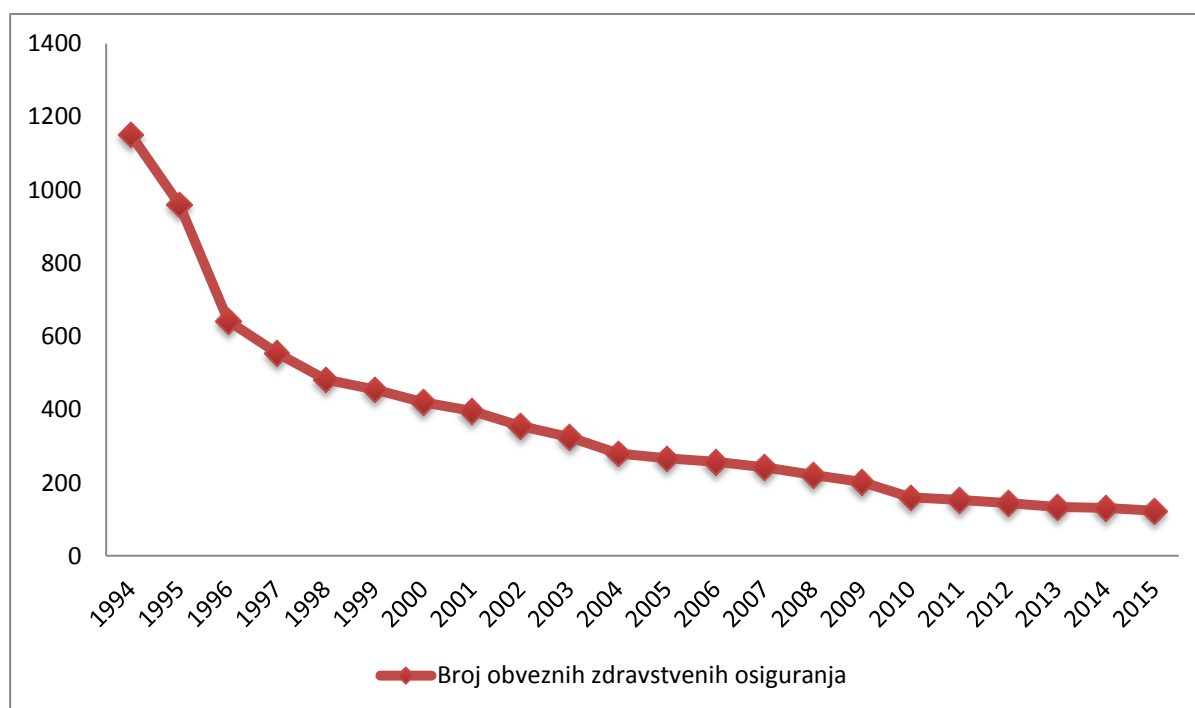
Obvezno osiguranje ovoga tipa osigurava sva prava koja jamče i ostala osiguranja ali ima proširen opseg usluga za poljoprivrednike koji su većinom osigurani u LKK. Jedna dodatna usluga koja se posebno ističe u okviru LKK opcija za djelatnike u poljoprivrednom sektoru je osiguravanje pomoćnog radnika u slučaju potrebe.

Razlika između pojedinih vrsta sagledava se u činjenici da su opcije osiguranja AOK, EK i IKK nevezane za radno mjesto te se svatko može upisati u jednu od navedenih i postati osiguranikom pojedine osiguravajuće kuće dok su BKK obvezna zdravstvena osiguranja koja su vezana uz radno mjesto osiguranika, tj. postoji mogućnost osiguranja kod navedenih BKK osiguranja ali to u pravilu uvjetuje status zaposlenika kod poduzeća koja su povezana s osiguranjem. Ovo su samo temeljne informacije koje služe lakšem snalaženju i prikazu raznolikosti koje postoje u Njemačkom sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja.

Postoji nekoliko važnih indikatora koje je interesantno promatrati i protumačiti kada se proučava ova tematika. Informacije vezane uz broj društava koja osiguravaju, broja osiguranika i druge važne informacije prikazat će se u nastavku ovog rada.

Tijekom istraživanja dolazi se do podatka da je nekoć u Njemačkoj bilo puno više pružatelja zdravstvenog osiguranja što se s vremenom i godinama smanjilo. Pritom se u ovom trenutku misli na obvezna osiguranja. Navođenja su prikazana i potkrijepljena grafičkim prikazom. Na sljedećem prikazu moguće je vidjeti razvoj broja pružatelja obveznih osiguranja u Njemačkoj u razdoblju od 1994. – 2015. godine.

Grafički prikaz 1. Razvoj broja obveznih zdravstvenih osiguranja u Njemačkoj od 1994.-2015.



Izvor: uredio autor prema Verband der Ersatzkassen e.V., www.vdek.com, 27.01.2016.

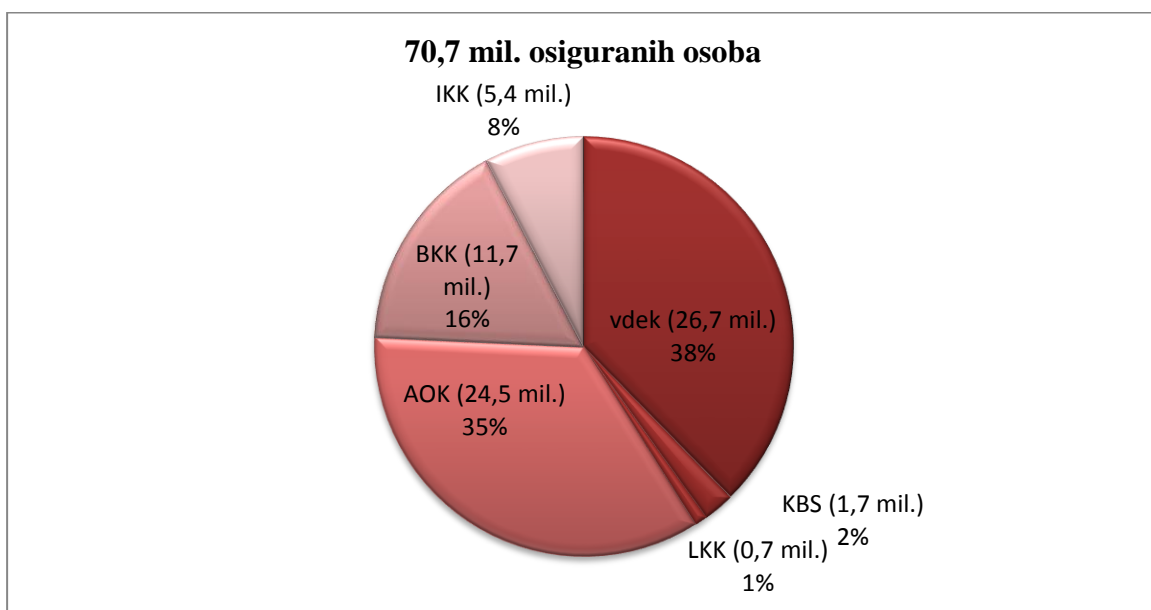
Iz prikaza se vrlo jasno vidi kako se drastično smanjio broj te se i dalje smanjuje. Razlog tome su razni događaji na tržištu kao što su fuzije, preuzimanja ili spajanja društava kako bi se unaprijedilo poslovanje ili spriječila insolventnost i nemogućnost postojanja malih i manjih društava.

Danas postoji nekoliko različitih društava koja pružaju zdravstveno osiguranje na principu obveznog osiguranja. Najveće osiguravajuće kuće su AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse), EK (Ersatzkrankenkassen), IKK (Innungskrankenkassen) te BKK.

AOK, EK te IKK nalik su temeljnom hrvatskom osiguravatelju zdravstvenog osiguranja; Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje. Slična su pravila članstva, jednaka mogućnost prijave i stjecanja statusa osiguranika, temeljne su usluge sadržane u obveznom osiguranju obje zemlje te se mogu nadograđivati dodatnim ili dopunskim osiguranjem koje jamči pravo na dodatne zdravstvene usluge i preuzimanje dijela nastalih troškova vezanih uz liječenje bolesti. BKK kao osiguravajuća društva ili kuće koje su relativno usko vezane uz poduzeće u kojemu osiguranik radi imaju sličan opseg usluga, često malo proširen s obzirom na radno mjesto i poduzeće no u principu se temelje na istome Zakonu na kojemu se temelje sva druga zdravstvena osiguranja u Njemačkoj.

Navedene informacije vezane uz njemačke osiguravajuće kuće te skraćeni i puni naziv su samo temeljne informacije koje služe lakšem snalaženju i prikazu raznolikosti koje postoje u Njemačkom sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. U svrhu boljeg pregleda značaja pojedine osiguravajuće kuće se u nastavku nalazi grafički prikaz 2. koji slikovito prikazuje udio tržišta koji zauzima pojedina grupa osiguranja.

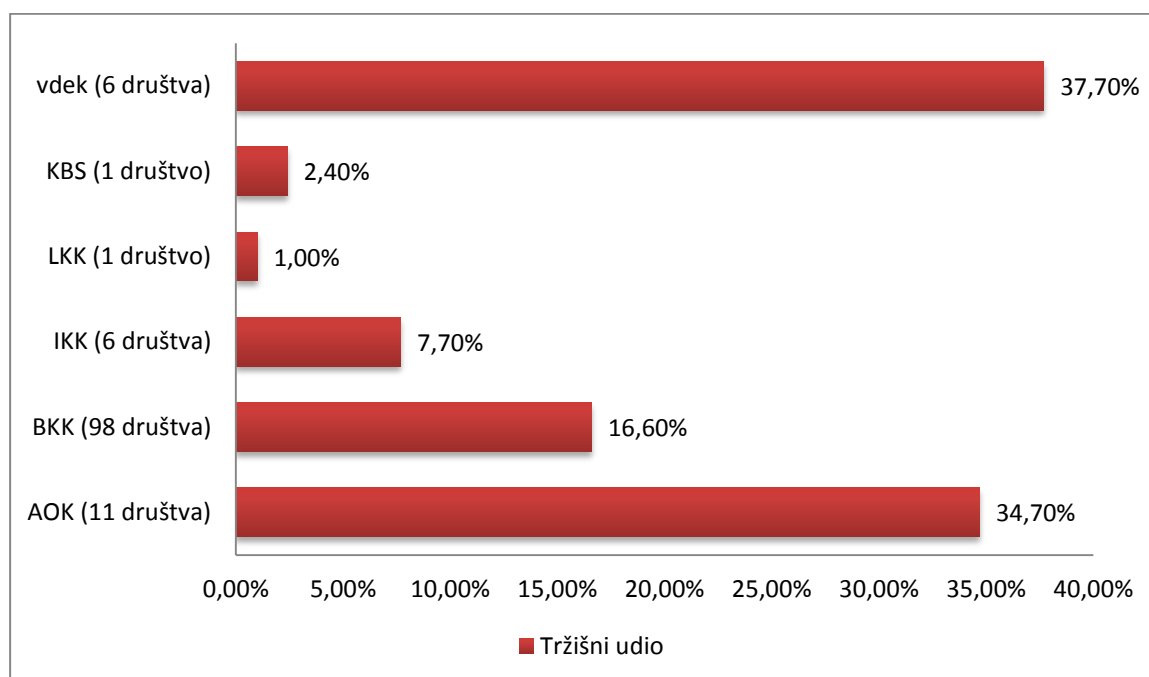
Grafički prikaz 2. Udio osiguranika pojedinih osiguravajućih društava –stanje 07/2015



Izvor: uredio autor prema Verband der Ersatzkassen e.V., www.vdek.com, 27.01.2016.

Iz grafikona se može vidjeti da je najveći dio osiguranika članovi AOK ili EK (vdek) osiguravajućih društava. Slijede ih BKK, IKK te s manjim brojem osiguranika KBS i LKK. S obzirom na dominaciju osiguranika jasno je da neka društva dominiraju naspram drugih društava što je prikazano u sljedećem grafičkom prikazu.

Grafički prikaz 3. Broj osiguravajućih društava i njihov udio na tržištu – stanje srpanj 2015.



Izvor: uredio autor prema Verband der Ersatzkassen e.V., www.vdek.com, 27.01.2016.

Iz grafikona se može vidjeti da su EK, koje se navode pod „vdek“ i AOK dominantne na tržištu. Slijede ih redom BKK, IKK te druge manje skupine KBS i LKK koje su u cjelokupnoj slici manje značajne ali ipak prisutne. S obzirom da postoji veći broj osiguravatelja i nemoguće je svaku uslugu usporediti međusobno s drugim društvima se u radu kao primjer za Njemačko obvezno zdravstveno osiguranje koristi primjer AOK koja je jedna od vodećih na razini Njemačke. Prikane su informacije u postotku i udjelu za svako osiguravajuće društvo pojedinačno.

4.5. Oblici dodatnog osiguranja u Njemačkoj

Kao i u Hrvatskoj tako i u Njemačkoj postoje različite opcije koje proširuju prava i opseg usluga uključenih u područje pokrića zdravstvenog osiguranja. S obzirom na veću raznolikost dodatnih opcija osiguranja u Njemačkoj, potrebno je dobro razlikovati sve ponuđene opcije i ponude te se pri odabiru dodatnih zdravstvenih osiguranja i sklapanja ugovora savjetovati s djelatnicima osiguravajuće kuće kako bi se odabrao najbolji paket usluga koji u potpunosti zadovoljava potrebe pojedinca koji se želi osigurati.

4.5.1. Privatno osiguranje

U Njemačkoj se pod dodatnim vrstama ili opcijama dodatnog osiguranja ubraja privatno zdravstveno osiguranje. Razlika privatnog i obveznog zdravstvenog osiguranja se sagledava u nekoliko stavki:²⁶

- opće privatno osiguranje je samostalno osiguranje te se sklapa bez prethodnog članstva u obveznom osiguranju. Privatno osiguranje u tom slučaju predstavlja temeljno osiguranje onih osoba čiji dohodak prelazi razinu dohotka s kojim se više nisu obavezni osigurati u zakonskom obveznom osiguranju.
- osiguranik sam odlučuje o opsegu pokrića privatnog zdravstvenog osiguranja,
- osiguranik plaća veliki dio usluga sam sve dok se privatnom osiguravatelju ne prilože računi te se sredstva refundiraju osiguraniku,

Obvezno osiguranje u Njemačkoj ima definirani opseg usluga koje se pružaju te se navode u katalogu usluga. Navode se i dodatne informacije o mogućoj doplati od strane osiguranika te katalog uključuje popis usluga koje obvezno zdravstveno osiguranje mora preuzeti u svom trošku.

Osiguranici privatnog zdravstvenog osiguranja imaju pravo slobodnog odabira liječnika i bolnica gdje žele obaviti liječenje. Tako pacijenti imaju niz mogućnosti koji osiguravaju bolju zdravstvenu uslugu kao što je na primjer slobodan odabir specijalista medicine prema potrebi ili bolji uvjeti stacionarnog boravka u bolnici kao što su jednokrevetna soba. Ukoliko roditelji

²⁶ Portal „JustLanded“, op.cit.

žele osigurati dijete ili djecu, tada se za svako dijete doplaćuje naknada umanjena za određeni iznos. U Njemačkoj nekoliko skupina stanovnika imaju mogućnost slobodnog odabira članstva u privatnom zdravstvenom osiguranju a to su studenti, privatnici, državni službenici i namještenici te zaposlenici s velikim prihodima. Kada se osoba jednom odluči osigurati u sustavu privatnog zdravstvenog osiguranja, nije moguće mijenjati status u smislu da nije dozvoljeno biti jedno vrijeme osiguran u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja pa jedno vrijeme u privatnom. Onemogućen je učestali prijelaz iz privatnog u obvezno zdravstveno osiguranje i obrnuto.

Međutim, uvijek postoje iznimke kada se dozvoljava prijelaz s jedne u drugu vrstu zdravstvenog osiguranja. Općenito se osiguranje bira na temelju pruženih opcija vezano uz visinu doprinosa, opseg usluga, dodatnih, tzv. bonus opcija ili na temelju iskustava drugih osiguranika. Članstvo u privatnom obveznom zdravstvenom osiguranju zahtijeva određenu visinu mjesečnih primanja te je to jedna od temeljnih smjernica pri odabiru vrste osiguranja. Prijelaz iz državnog ili zakonskog obveznog osiguranja u privatno podrazumijeva da osoba osiguranik svojim dohotkom prelazi granicu mjesečnog dohotka na temelju kojeg mora biti osiguran u zakonskom obveznom osiguranju. Tada ima pravo osigurati se u privatnom osiguranju. Također se mogu osigurati u privatnom obveznom zdravstvenom osiguranju: državni i službeni namještenici, studenti prema osobnom zahtjevu te privatnici. Povratak iz privatnog obveznog zdravstvenog osiguranja u zakonsko obvezno osiguranje pretpostavlja da je osoba pretrpjela pad visine dohotka koji je uvjetovan otkazom, promjenom posla ili smanjenjem radnog vremena. Osobe starije od 55 godina moraju imati potvrdu da su najmanje jedan dan u posljednjih 60 mjeseci bili osigurani u zakonskom obveznom osiguranju ukoliko žele prijeći iz privatnog u zakonsko obvezno osiguranje. Privatnici mogu primijeniti temelj osiguranja ukoliko godinu dana rade paralelno uz svoj posao na jednom radnom mjestu izvan svog poduzeća, koje zahtjeva obvezno zdravstveno osiguranje. Minimalna plaća iznosi 450 eura a mora se voditi računa o tome da dohodak ne prelazi granicu najvišeg mogućeg dohotka uz koji se može osigurati u zakonskom obveznom zdravstvenom osiguranju. Studenti se obvezuju tijekom studija biti osigurani tamo gdje su prvobitno sklopili ugovor no nakon završetka studija mogu prema svojim potrebama birati kako i gdje će se osigurati. Osobe koje su ostale bez posla ili privatnici koji su odlučili zatvoriti svoje tvrtke imaju pravo prijelaza iz privatnog u zakonsko zdravstveno osiguranje.

Biti osiguran u sustavu privatnog zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj isplativo je za onu skupinu ljudi koja ima velike prihode, poduzeća koja dobro posluju i studente koji imaju mogućnost plaćanja usluga unaprijed. Ukoliko je osoba koja se želi osigurati kronični bolesnik ili pati od oblika teške bolesti nije preporučljivo osigurati se na ovakav način s obzirom da se plaćaju velike naknade za povećani rizik.²⁷

4.5.2. Dodatno zdravstveno osiguranje

U sustavu zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj se često javlja potreba za dodatnim osiguranjem koje preuzima određene troškove vezane uz specifične usluge koje se pružaju u medicinskim ambulantama, bolnici ili kod liječnika po izboru osiguranika. Radi se prvenstveno o dentalnoj medicini, pomagala vezana uz vid i stacionarni boravak u bolnicama. S obzirom na visinu troškova i njihovu naplatu osmišljena su dodatna osiguranja koja su specijalizirana za svako pojedino područje. Postoji nekoliko vrsta ili tipova dodatnih osiguranja kao što su dodatno osiguranje u dentalnoj medicini, za boravak u bolnici, za vrijeme bolovanja i drugi tipovi.

U nastavku rada se navode vrste dodatnih osiguranja, tj. na što se ona odnose i što obuhvaćaju.²⁸

4.5.2.1. Dodatno zdravstveno osiguranje za dentalnu medicinu

Obvezno zdravstveno osiguranje pokriva samo temeljne usluge i točno je određeno što i u kojem iznosu osiguranje sudjeluje u troškova liječenja kod zubara. Dodatno zdravstveno osiguranje za dentalnu medicinu pokriva troškove koji nastaju a nisu pokriveni obveznim osiguranjem. To su na primjer troškovi vezani uz implantate, proteze, zamjenu proteza, posjet dentalnoj ortopediji ili profesionalno čišćenje.

²⁷ 1A Verbraucherportal, www.1acverbraucherportal.de, 22.07.2015.

²⁸ Internet portal firme RustebergundHofstetterGmbH, www.zusatzversicherung.net, 27.7.2015.

4.5.2.2. Dodatno zdravstveno osiguranje za stacionarni boravak u bolnici

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem za stacionarni boravak u bolnici korisnici mogu na temelju sklopljenog osiguranja zatražiti usluge koje su inače dostupne samo pacijentima koji su privatno osigurani. Osobe koje koriste ovakav oblik dodatnog osiguranja mogu uživati u boljem i širem spektru usluga u bolnicama. Usluge i prava na primjer obuhvaćaju odabir između jedno- ili dvokrevetne sobe ili odabir doktora.

4.5.2.3. Dodatno zdravstveno osiguranje za različita ambulantna liječenja

Obvezna osiguranja u pravilu preuzimaju samo točno definirane usluge i način liječenja konvencionalne medicine. Alternativne metode liječenja nisu uključene u spektar usluga koje su pokrivena obveznim osiguranjem. Iz tog razloga moguće je ugovoriti dodatno zdravstveno osiguranje za različita ambulantna liječenja alternativnom medicinom i pomagala. Takvo osiguranje pokriva troškove kao što su korištenje usluge homeopatije i slično. Također ovakav tip osiguranja preuzima troškove koji nastaju vezano uz nabavku naočala ili leća za osobe koje imaju umjerene poteškoće s vidom. Osobama s teškim poremećajem vida često i obvezna osiguranja refundiraju troškove.

4.5.2.4. Dodatno zdravstveno osiguranje za naočale

Dodatno zdravstveno osiguranje za naočale omogućuje da osobe koje trebaju naočale jednostavnije i uz manje troškove steknu pravo na moderne i kvalitetne naočale. Osobe koje konstantno moraju koristiti naočale u većini slučajeva imaju potrebu za modernim okvirom, povećanim komforom nošenja naočala i okvira, laganija stakla izrađena novim i modernim tehnologijama i slično. Dodatno osiguranje za naočale ima svrhu preuzeti dio troškova ili ukupne troškove koji proizlaze iz upravo navedenih razloga.

4.5.2.5. Dodatno zdravstveno osiguranje za vrijeme bolovanja

Boravak u bolnici i dugotrajno liječenje ne uzrokuju samo troškove liječenja već dolazi i do izostanka uobičajenih prihoda koji proizlaze iz radnog odnosa. Dodatno zdravstveno osiguranje za vrijeme bolovanja osigurava plaćanje razlike u iznosu isplate bolovanja po jednome danu. Kao primjer se navodi sljedeća situacija: u pravilu obvezno zdravstveno osiguranje u prosjeku osigurava 70% bruto plaće za dan bolovanja. Rijetko obvezno osiguranje isplaćuje više od tog postotka. Uz navedeno se polazi od minimalnog iznosa na temelju kojeg se obračunava bolovanje što prema izvoru iznosi oko 86 eura.²⁹ Dodatno zdravstveno osiguranje za bolovanje doplaćuje određeni postotak kako bi se izbjegla situacija koja dovodi u pitanje normalo funkcioniranje obitelji bolesnika i njega samoga.

4.5.2.6. Preventivno dodatno zdravstveno osiguranje

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem za preventivu moguće je obavljati preventivne preglede koji su inače dostupni samo privatnim pacijentima, tj. onima koji ih samostalno plaćaju. Tako dodatno zdravstveno osiguranje za preventivnu medicinu obuhvaća naručivanje i provođenje pregleda ranog otkrivanja raka kože, raka dojke i druge preglede te velike preglede koje obvezna osiguranja ustupaju svojim korisnicima tek poslije navršene dobne granice.

Postoji niz osiguravajućih kuća koje pružaju i nude ovakva osiguranja. Svaki osiguravatelj može oblikovati svoju ponudu, cijenu i prava korisnika te se na portalima, web stranicama i osobnim istraživanjem vrlo jednostavno može usporediti koja je opcija za individualnu osobu optimalna.

Neke od osiguravajućih kuća su npr. Allianz, Techniker Krankenkasse TK, DKV, ERGODirekt ili HanseMerkur Versicherungen.³⁰ Svako od navedenih društava za osiguranje omogućuje da se klijent savjetuje i da se sastavi paket usluga koji upravo odgovara njegovim potrebama.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

Neke od važnijih informacija koje je potrebno navesti i koje su potrebne za obračun premije koje ugovaratelj osiguranja plaća su na primjer za dodatno osiguranje za dentalnu medicinu: godina ime i prezime, godina rođenja, način dosadašnjeg osiguranja (privatno/obvezno), da li i koliko zubi nedostaje, postoji li opasnost oboljenja zubnog mesa ili medicinska dokumentacija provedenih operativnih zahvata ukoliko je pojedinac bio na operaciji. Zadolatno osiguranje doplatka za dane bolovanja se traži važna informacija godina početka djelovanja u poduzeću te način zaposlenja (radnik ili zaposlenik/ privatnik).

Tako svaka vrsta ugovora i pripreme zahtjeva specifične informacije koje klijent mora dati osiguravatelju. Informacije moraju biti istinite i mora ih biti moguće dokazati dokumentacijom.

5. USPOREDBA SUSTAVA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U HRVATSKOJ I NJEMAČKOJ

Nakon definiranja svih elementarnih i mjerodavnih stavki vezanih uz sustave zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj se nastavak rada bavi analizom i komparacijom sustava i njihovih temeljnih značajki. S obzirom na širok spektar osiguranja, mogućnosti i opcija koje se mogu uspoređivati odabrane su one opcije i stavke koje prikazuju sve ono što se smatra važnim kako bi se rad u cijelosti pratio i pružao svrhovitu i cjelovitu sliku rezultata istraživanja.

5.1. Općenita usporedba sustava

Tijekom istraživanja i analize prikupljenih podataka utvrđeno je da se sustavi zdravstvenog osiguranja velikim dijelom podudaraju u pravima osiguranika i principima djelovanja. No i dalje postoje određene različitosti. Opseg usluga i sustavi funkcioniranja osiguranja razlikuju se u nekoliko točaka koje su vrlo važne.

Sličnost se može prikazati na primjeru određivanja visine naknade koju osigurana osoba plaća društvu ili HZZO-u. U Hrvatskoj se zdravstveno osiguranje s karakterom obveznog osiguranja ustupa uz klauzulu doplate prema visini dohotka dok se u Njemačkoj plaća određena svota premije, također određena prema visini dohotka. Razlike se mogu pronaći u vrstama i opsegu prava iz dodatnih osiguranja. Vrste dodatnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj su općenitog karaktera i nadovezuju se na obvezno zdravstveno osiguranje. Dopunsko zdravstveno osiguranje preuzima dio troškova koji nije pokriven obveznim osiguranjem. U Njemačkoj se sustav dodatnih osiguranja razlikuje te se za svaku vrstu usluga zasebno može zaključiti ugovor i osiguranje. Jedan primjer je specifično osiguranje koje nadomjesti trošak liječenja u ordinaciji dentalne medicine ili osiguranje za doplatu pomagala za vid. Veće su premije ali vrlo često i veći opseg usluga koji je uključen u prava osiguranika.

U Hrvatskoj obvezno osiguranje mora biti ugovoreno s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, dok se u Njemačkoj može slobodno birati između nekoliko osiguravajućih kuća obveznog osiguranja. Nema zakona koji definira koja osiguravajuća kuća osigurava koje individualne osobe no postoje pogodnosti koje treba uzeti u obzir prilikom ugovaranja obveznog zdravstvenog osiguranja. Određena poduzeća osnovala su zasebna osiguravajuća društva koja nude zaposlenicima osiguranje uz bolje uvjete. Učestalo se javlja situacija da se sklapa suradnja s jednom od osiguravajućih kuća kao što su BKK osiguranja³¹.

Svako osiguravajuće društvo, što u Hrvatskoj i u Njemačkoj, ima pravo oblikovati proizvode ili pakete usluga koje se pružaju kao dodatne opcije osiguranja. Tako se i cijene, opseg usluga paketa i elementi povezani s time definiraju u granicama mogućnosti i pravilnika osiguravatelja ali s obzirom na potrebe i želje budućih korisnika, tj. osigurane osobe.

U tablici 1 jedan je objašnjeno koje su temeljne razlike koje čine ujedno čine i najveće razlike dvaju sustava. Ukratko se navode šest temeljnih stavki koje se spominju također u radu.

Tablica1. Najznačajnije razlike između sustava rada i djelovanja zdravstvenih osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj

Razlika	Hrvatska	Njemačka
Ponuditelji obveznog zdravstvenog osiguranja	Jedna opcija – HZZO	Više opcija – AOK, EK, IKK, BKK itd.
Obvezno zdravstveno osiguranje – dodatne pojedinosti	Nevezano uz status osiguranika, svi se upisuju i postaju osiguranici obveznog zdravstvenog osiguranja HZZO-a.	Postoje osiguravatelji koji svima nude mogućnost ugovaranja osiguranja, no postoje i oni osiguravatelji koji svoje usluge vežu uz tvrtku zaposlenja osiguranika. Odabir može biti temeljen s obzirom na djelatnost, tvrtkom zaposlenja, sektora u kojemu je

³¹Betriebskrankenkassen; osiguranje vezano je uz način i mjesto zaposlenja osobe koja se osigurava

		pojedinaac aktivan (primjerice poljoprivreda) ili regiji.
Pružatelji dopunskog zdravstvenog osiguranja	HZZO, ali i razna osiguravajuća društava direktno ili preko posrednika (npr. Croatia osiguranje u uredima HP i sl.)	Svako osiguravajuće društvo nudi vrste i oblike dodatnih osiguranja uz razlike u cijeni i opsegu uključenih usluga.
Oblici dodatnog osiguranja	Dopunsko zdravstveno osiguranje; Dodatno zdravstveno osiguranje; Privatno zdravstveno osiguranje	Privatno osiguranje; Dodatno zdravstveno osiguranje: <ul style="list-style-type: none"> - Dodatno zdravstveno osiguranje za dentalnu medicinu - Dodatno zdravstveno osiguranje za stacionarni boravak u bolnici - Dodatno zdravstveno osiguranje za različita ambulantna liječenja - Dodatno zdravstveno osiguranje za naočale - Dodatno zdravstveno osiguranje za vrijeme bolovanja - Preventivno dodatno zdravstveno osiguranje
Područje osiguranja	Šire područje npr. dopunskog osiguranja.	Uža specijalizacija na određeno područje zdravstvene zaštite ili

		njege kao na primjer specifično područje dentalne medicine.
Privatno osiguranje	Privatno osiguranje je dobrovoljno osiguranje uz obvezno zdravstveno osiguranje koje jamči širi opseg zdravstvenih usluga i prava strancima koji borave na teritoriju Hrvatske.	Zdravstveno osiguranje za osobe s visokim dohotkom ili specifične skupine ljudi s definiranim obilježjima. Privatno ima širi opseg od zakonskog osiguranja.

Izvor: Uredio autor prema informacijama iz rada.

Prema podacima iz tablice zaključuje se da se sustavi zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj u nekoliko bitnih stavki poviše razlikuju. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je jedini osiguravatelj obveznog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj dok u Njemačkoj postoji veći broj osiguravajućih kuća koje pružaju mogućnost stjecanja statusa osiguranika.

Nadalje postoje velike razlike u vrstama i načinu djelovanja dobrovoljnih ili dodatnih osiguranja. Za razliku od dobrovoljnog dodatnog osiguranja u Hrvatskoj su dodatna osiguranja u Njemačkoj definirana na temelju specifičnih područja djelovanja. Postoji više opcija koje osiguranik može odabrati prema potrebi. Svaki oblik dodatnog osiguranja, kao što je primjerice dodatno zdravstveno osiguranje za dentalnu medicinu ili dodatno zdravstveno osiguranje za stacionarni boravak u bolnici imaju specifični, određeni opseg usluga koji se pruža osiguraniku uz ona prava i usluge na koje ima pravo temeljem obveznog zdravstvenog osiguranja.

Privatno zdravstveno osiguranje predstavlja opciju osiguranja koje najčešće sklapaju osobe više kupovne moći i osobe koje su zaposlene u državnoj službi. Osobama s većim mjesečnim dohotkom svakako je povoljnije biti član privatnog osiguranja s obzirom da se u zakonskom obveznom osiguranju participacija obračunava na temelju visine dohotka. S obzirom na to bi doprinos ili participacija bila vrlo visoka što je neisplativo te se time osobe s višim dohotkom često odlučuju za privatno zdravstveno osiguranje.

5.2. Usporedba i analiza obiteljskog osiguranja

U svrhu usporedbe i analize opsega usluga će se odabrati konkretan primjer kako bi se izbjeglo izrazito opsežno i dugo navođenje svake pojedine stavke. Obvezna zdravstvena osiguranja imaju zadatak da osiguraju temeljnu zdravstvenu skrb i zaštitu za svoje osiguranike te se takva praksa djelovanja može prepoznati u obje promatrane države, u Hrvatskoj i u Njemačkoj.

Kao konkretan primjer za usporedbu odabrano je osiguranje jednog člana obitelji preko drugog člana. Za usporedbu se koriste osiguravatelji HZZO i AOK.

U Hrvatskoj postoji pravilnik prema kojemu se točno definira tko može biti osiguran preko drugog člana obitelji, a to su:

- supružnik (bračni i izvanbračni, sukladno propisima o obiteljskim odnosima),
- djeca (rođena u braku, izvan braka ili posvojena, pastorčad), te druga djeca bez roditelja, ako ih osiguranik uzdržava, na zahtjev osiguranika
- roditelji (otac, majka, očuh, maćeha i posvojitelj) ako su istovremeno ispunjeni svi sljedeći uvjeti: - da su nesposobni za samostalan život i rad, - da nemaju sredstava za uzdržavanje i - da ih osiguranik uzdržava.
- unuci, braća, sestre, djed i baka ako su istovremeno ispunjeni svi sljedeći uvjeti: - ako su nesposobni za samostalan život i rad, - ako nemaju sredstava za uzdržavanje i - ako ih osiguranik uzdržava.³²

Smatra se da je osoba nesposobna za samostalan život i rad ako je:

- navršila 65 godina života
- prema propisima o mirovinskom osiguranju utvrđen potpun gubitak radne sposobnosti
- prema propisima o socijalnoj skrbi proglašena potpuno i trajno nesposobna za samostalan život i rad
- prema ocjeni liječničkog povjerenstva HZZO-a ocijenjena nesposobnom za samostalan život i rad u trajanju od najmanje godinu dana, ovisno o zdravstvenom stanju osobe.

³² Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 9.1.2015.

Smatra se da osoba nema prihoda dovoljnih za uzdržavanje:

- ako uopće nema vlastitih prihoda
- ako joj mjesečni prihod ne prelazi iznos od 18% proračunske osnovice utvrđene Zakonom o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za tekuću godinu.³³

Navedene osobe mogu se osigurati na navedeni način ukoliko ne postoji niti jedna druga osnova prema kojoj osoba stječe status osiguranika.

U Njemačkoj pravilo nalaže da se osobe mogu osigurati preko drugog člana obitelji ukoliko su ispunjeni određeni uvjeti. Osoba koja se osigura preko člana obitelji može biti:

1. supružnik (bračni i izvanbračni, sukladno propisima koji vrijede),
2. djeca (vlastita djeca, posvojena djeca),
3. unuci samo ukoliko ih osoba preko koje se osiguravaju u većem dijelu uzdržava,
4. djeca od obiteljski osigurane djece.

Uvjet za stjecanje statusa osiguranika na ovaj način jest da osobe imaju istu adresu stanovanja u tuzemstvu, tj. u zemlji te da prihodi tako osiguranih osoba ne prelaze 450 eura mjesečno. Kada se radi o osiguranju djeteta se treba uzeti u obzir daljnja pravila koja definiraju kada se pravo na osiguranje ostvaruje i kada prestaje:

- osiguranje vrijedi do navršene 18. godine života,
- osiguranje traje do navršenih 23. godina ukoliko dijete ne radi,
- osiguranje traje do navršene 25. godine ukoliko se dijete pohađa školu, uči zanat ili odrađuje dobrovoljno stažiranje u trajanju od godinu dana,
- osiguranje se može produžiti i nakon navršenih 25. godina ukoliko se školovanje prekinulo na određeno vrijeme radi zakonski određenih događaja kao što su npr. služenje u vojski ili slično.
- Nema ograničenja kada se radi o djeci koja radi psihičkih i tjelesnih poremećaja nisu sposobni brinuti sami za sebe.
- Djeca se ne mogu osigurati preko člana obitelji ako supružnik ili životni partner koji je u krvnom srodstvu s djetetom nije osiguran u obveznom zdravstvenom osiguranju te

³³ Ibid.

ako njegov mjesečni prihodi prelazi iznos od 4.575,00 eura i prema iznosu bude veći nego ukupni приход osiguranika.

Iz navedenog se može zaključiti da se u Hrvatskoj i u Njemačkoj vrlo ozbiljno definiraju svi uvjeti prema kojima se stječe status osiguranika no ipak postoje razlike. Tako se u Hrvatskoj mogu na ovakav način osigurati i roditelji, bake i djedovi te braća ukoliko oni nisu sposobni za samostalno uzdržavanje. U oba slučaja se radi o osiguranju preko člana obitelji bez dodatne naplate taksi ili drugih dodatnih davanja.

5.3. Usporedba i analiza studentskog osiguranja

Studenti imaju pravo i obvezu osigurati se u obveznom zdravstvenom osiguranju. Takva odredba vrijedi za obje države, Hrvatsku i Njemačku no ipak se pronalaze značajne razlike pristupa i načina kako se ostvaruje pravo na osiguranje. S obzirom na aktualnost teme, u nastavku rada analizira se i uspoređuje situacija studenata.

U Hrvatskoj se svaki redovni student iznad 18 godina može osigurati kao student ukoliko ima prebivalište ili boravište prijavljeno u Republici Hrvatskoj i nije osiguran u obvezno zdravstvenom osiguranju na temelju neke druge osnove. To se pravo najduže može koristiti do završetka akademske godine u kojoj su redovito završili školovanje ili najduže osam godina po toj osnovi ako ne postoji druga osnova po kojoj bi se osoba mogla osigurati. Isto pravilo se koristi i kod studenata koji studij odrađuju na stranoj visokoškolskoj ustanovi ali imaju hrvatsko državljanstvo i prebivalište u Republici Hrvatskoj. S obzirom da se radi o maksimalno osam godina pravo osiguranja kao student ističe s 26 godina. No donesena je odredba i Zakon³⁴ prema kojemu se i redovni studenti stariji od 26 godina mogu osigurati kao studenti u obveznom zdravstvenom osiguranju. Kako bi ostvarili to pravo potrebno je ispuniti određene uvjete:

- da su državljani Republike Hrvatske sa prebivalištem ili boravištem u Republici Hrvatskoj, odnosno da su državljani Republike Hrvatske s prebivalištem u drugoj

³⁴Sozialgesetzbuch; gesetzliche Krankenversicherung, § 5 Abs. 1 Nr. 9 [SGB V](#), § 21 [KVLG 1989](#)

državi članici Europske unije koji u Republici Hrvatskoj imaju odobren privremeni boravak

- da su stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj
- da nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici Europske unije.³⁵

Status utvrđuje se na način da redoviti student treba nadležnim službama Zavoda za zdravstveno osiguranje predati zahtjev i potvrdu o statusu redovitog studenta s visokog učilišta čiji je student. Od dana 16. studenog 2013. godine primjenjuje se upravo ovakvo pravilo osiguranja redovitih studenata.

U Njemačkoj se situacija znatno razlikuje od one koja je prisutna u Hrvatskoj. Tako se u Njemačkoj osoba koja želi upisati studij na nekom od visokih učilišta prethodno mora osigurati na jedan od mogućih načina. I u Hrvatskoj je osoba već prije studija osigurana no kao redoviti student se osoba može osigurati, uvjetno rečeno, preko prava koje nosi status redovitih studenta. U Njemačkoj se studenti mogu pozvati na obiteljsko osiguranje ukoliko su osigurani preko člana obitelji te takvo osiguranje vrijedi sve dok osobe ispunjavaju dane uvjete koji uvjetuju korištenje prava iz obiteljskog osiguranja. Nadalje se mladi odrasli studenti do 30 godina starosti mogu osigurati kao studenti kod jednog od osiguravatelja što podrazumijeva samostalno osiguranje koje uključuje plaćanje određene naknade. Također se student može osigurati na temelju dobrovoljnog osiguranja za studente starije od 30 godina ili privatnim osiguranjem. Način kojim se student osigurava ovisi o nekoliko čimbenika kao na primjer dobi studenta i činjenici da li se radi o prvom studiju. Student ne smije prihodovati više od 405 eura ili maksimalno 450 eura ukoliko je u radnom odnosu. Tako student ima pravo održati status osiguranika kao redoviti student. Ukoliko su studenti vjenčani vrijedi pravilo da se jedna od dvije osobe mora osigurati kao student dok se druga osoba, vjenčani suprug ili supruga može osigurati na temelju prava iz obiteljskog osiguranja preko supružnika.³⁶

³⁵ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 10.1.2015.

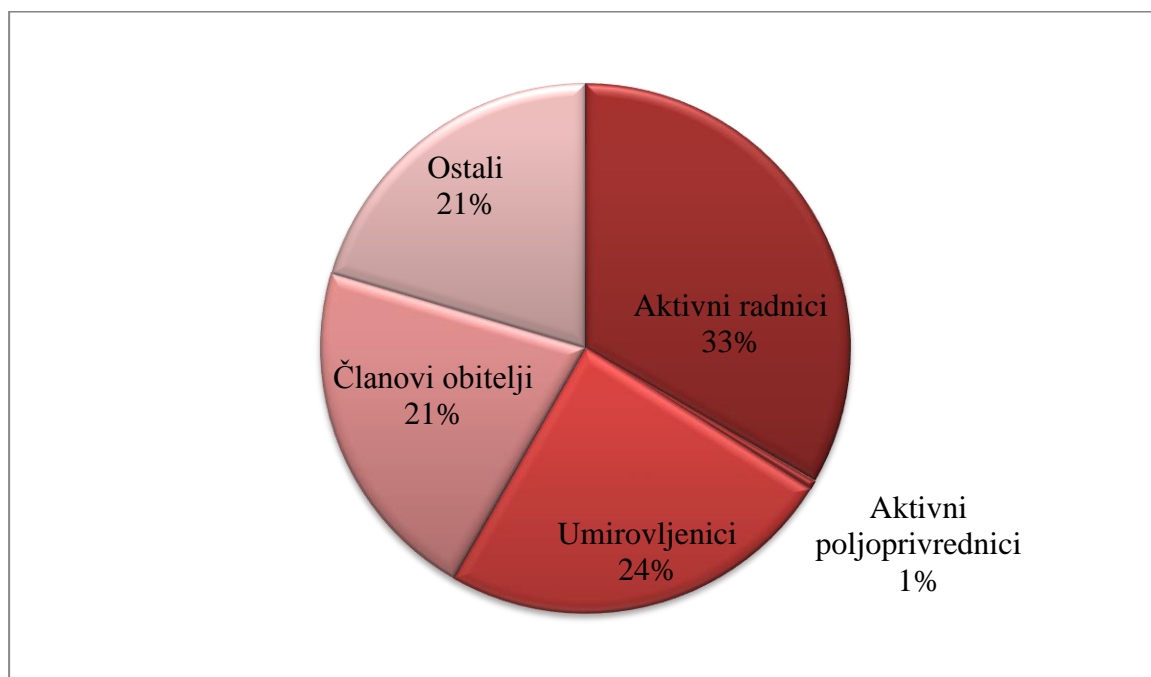
³⁶ AOK Die Gesundheitskasse ON, www.aok-on.de, 10.1.2015.

5.4. Analiza broja osiguranika u obveznim osiguranjima u Hrvatskoj i Njemačkoj

Postoji zakonska obaveza obveznog osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj pa se stoga podrazumijeva da se svaki građanin treba osigurati na neki od ponuđenih načina, tj. na neku od osnova koje osiguravaju pravo na status osiguranika.

Prema poslovnim statistikama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2014. godinu je s krajem prosinca 2014. godine prosječno evidentirano 4.345.435 osoba³⁷. Prema zadnjem popisu stanovništva u Hrvatskoj živi 4.284.889 stanovnika³⁸. S obzirom da se popis stanovništva vršio 2011. godine podrazumijeva se da je u međuvremenu promijenjena slika i točan broj stanovnika radi prirodnih pojava novorođenih i umrlih osoba. U 2014. godini prosječan broj aktivnih osoba iznosi 1.448.737 od kojih oko 676.341 žena i 772.396 muškaraca. Evidentirano je 1.052.751 umirovljenika te 25.131 djelatnik u poljoprivredi.³⁹ U sljedećem grafičkom prikazu se navedene informacije prikazuju u postocima.

Grafički prikaz 4. Učešće pojedinih kategorija osiguranja u ukupnom broju osiguranika za 2014.godinu



Izvor: uredio autor prema izvješću o poslovanju HZZO-a za 2014. godinu, www.hzzo.hr, str.3.

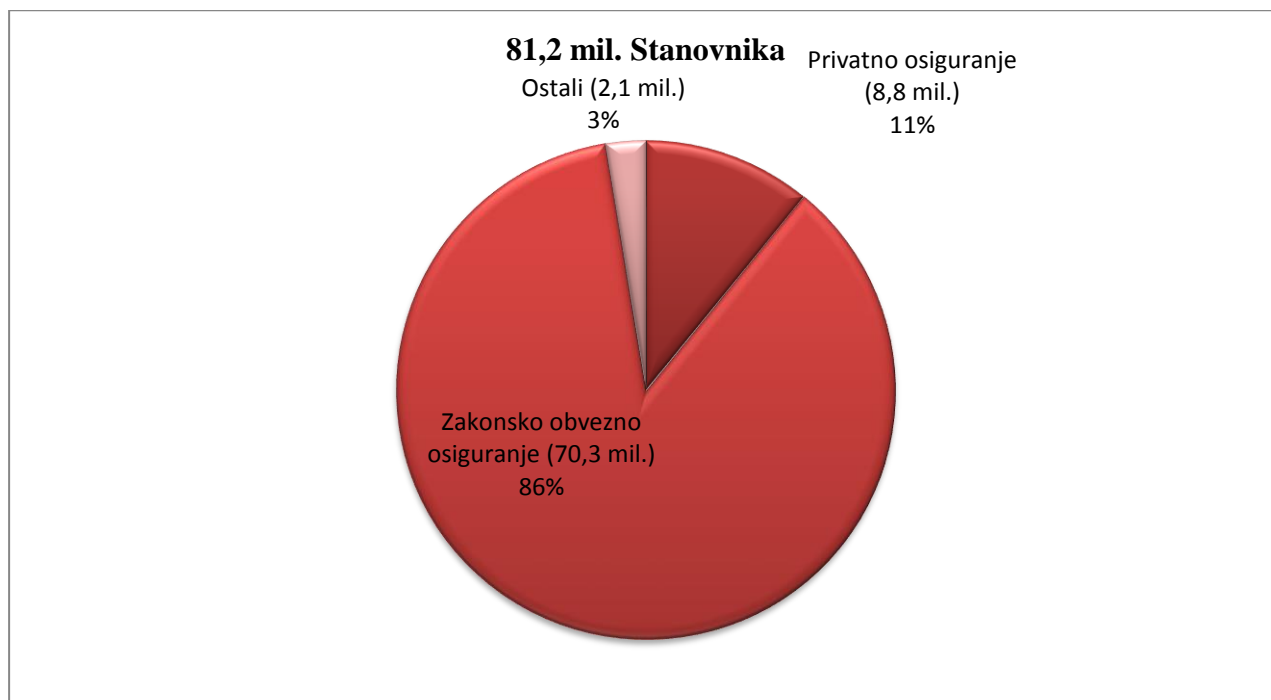
³⁷ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 8.1.2015.

³⁸ Portal danas.hr, www.danas.net.hr, 8.1.2015.

³⁹ Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2014. godinu, www.hzzo.hr, str.1, 25.1.2016.

U Njemačkoj postoji veći broj osiguravatelja koji pružaju obvezno zdravstveno osiguranje. U narednom prikazu se analizira i navodi ukupan broj osiguranika što podrazumijeva da se uključuju sve osiguravajuće kuće i društava.

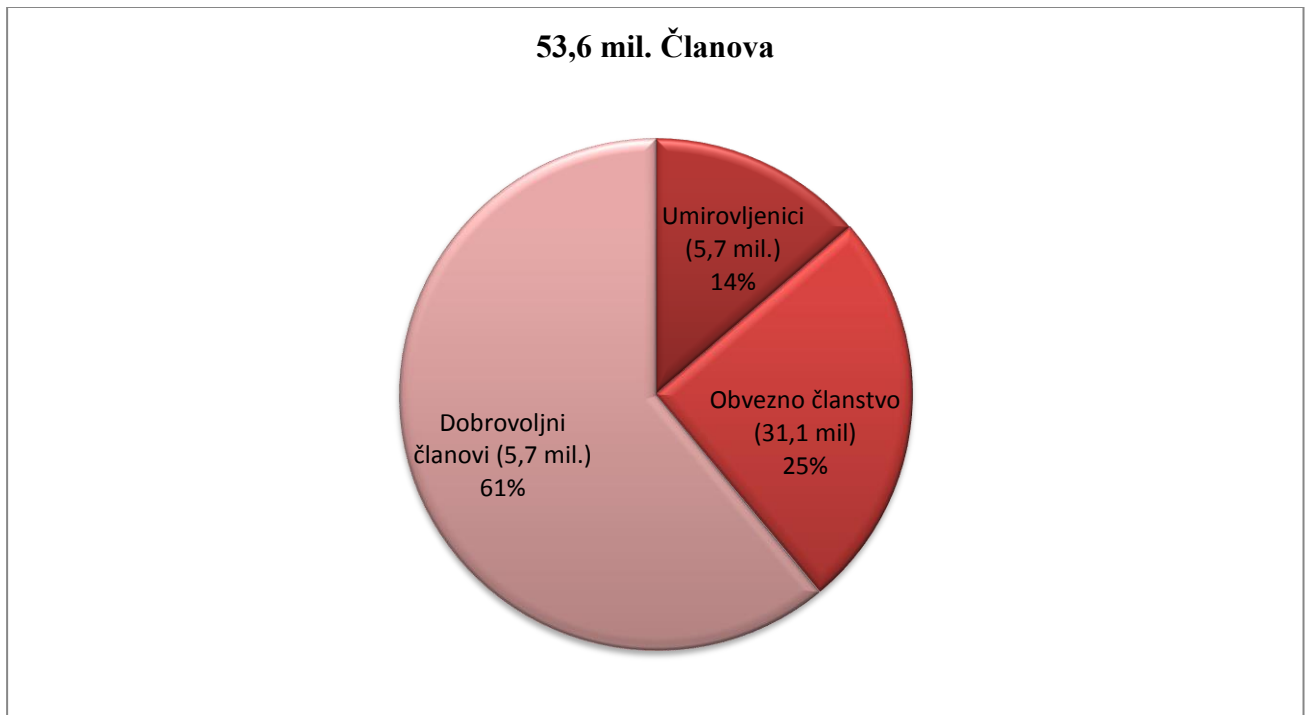
Grafički prikaz 5. Struktura zdravstvenog osiguranja stanovništva Njemačke za 2014. godinu



Izvor: uredio autor prema Verband der Ersatzkassen e.V., www.vdek.com, 27.01.2016.

U Njemačkoj je s krajem 2014. godine 86,6% stanovništva osigurano u zakonskom obveznom osiguranju, 10,9% u privatnim obveznim zdravstvenim osiguranjima te postoji podatak za ostale koji iznosi 2,6% stanovništva. U zadnju skupinu stanovništva se ubrajaju osobe koje nisu evidentirale svoj status, osobe koje primaju socijalnu pomoć i time osnovnu zdravstvenu zaštitu na temelju zakonskog obveznog osiguranja, neosigurane osobe te nedefinirani broj članova iz udruženja zdravstvene zaštite policije i vojske.

Grafički prikaz 6. Struktura osiguranika zdravstvenih osiguranja – stanje srpanj 2015.



Izvor: uredio autor prema Verband der Ersatzkassen e.V., www.vdek.com, 27.01.2016.

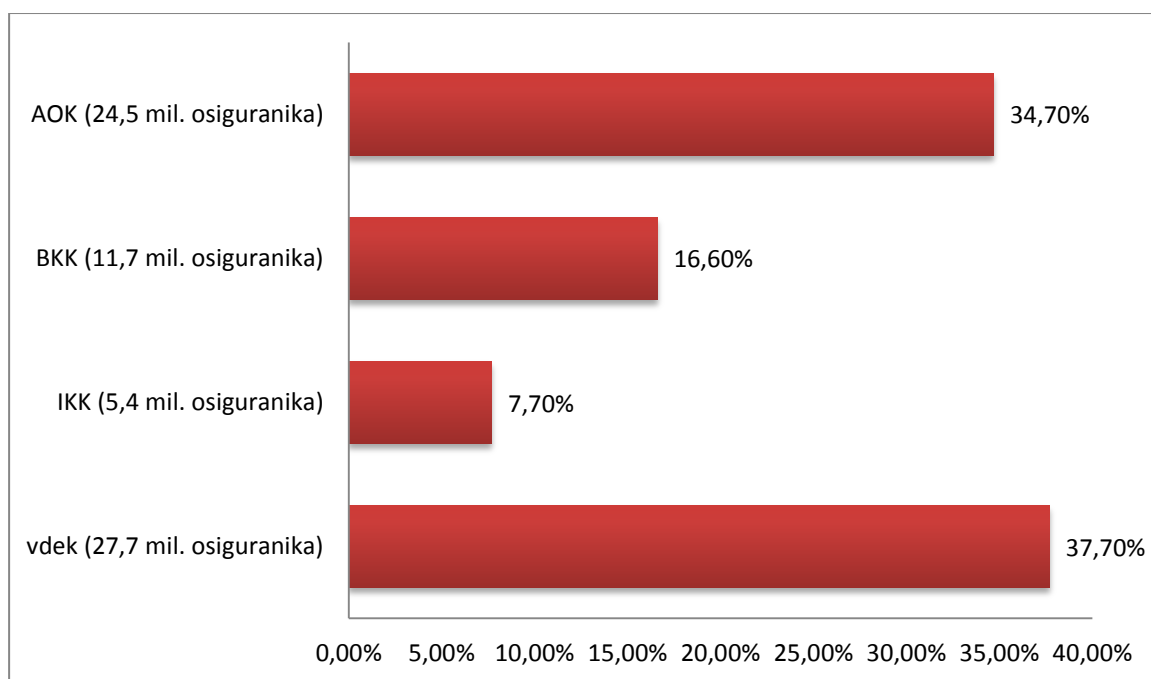
Grafički prikaz 5. daje uvid u strukturu osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju u Njemačkoj. Prema istraživanju te pronađenim podacima je s mjesecom srpnjem 2015. godine evidentirano 58,1% osiguranika obvezni osiguranici koji se jedino zakonskim obveznim osiguranjem mogu osigurati, 10,6 % su dobrovoljni osiguranici koji imaju i druge opcije no ostaju osigurani u zakonskom obveznom zdravstvenom osiguranju te je evidentirano 31,3 % umirovljenika.

Broj pojedinih osiguranja tj. osiguravajućih društava smanjio se, no uz smanjenje broja društava zanimljivo je promatrati i tržišni udio koji zauzimaju pojedina društva što je prikazano u grafičkom prikazu 6..

Podaci za srpanj 2015. godine pokazuju da je 24,5 milijuna osoba osigurano kod AOK, 11,7 milijuna kod BKK, 5,4 milijuna kod IKK te 26,7 milijuna kod EK (vdek). Navedeno se prikazuje u sljedećem grafičkom prikazu. Navedeno potvrđuje dosadašnje tvrdnje da su neka od društava na tržištu jače zastupljena nego drugo Tako AOK kao samostalno društvo ima najveći broj osiguranih dok objedinjen prikaz svih EK (vdek) također ima veliki broj

osiguranika. S obzirom da su BKK i IKK u pravilu društva vezana uz mjesto ili tvrtku zaposlenja, jasno je da ona zauzimaju nešto manji tržišni udio u odnosu na AOK i EK (vdek).

Grafički prikaz 7. Tržišni udio pojedinih osiguravajućih društava prema vrsti osiguranja – stanje srpanj 2015.

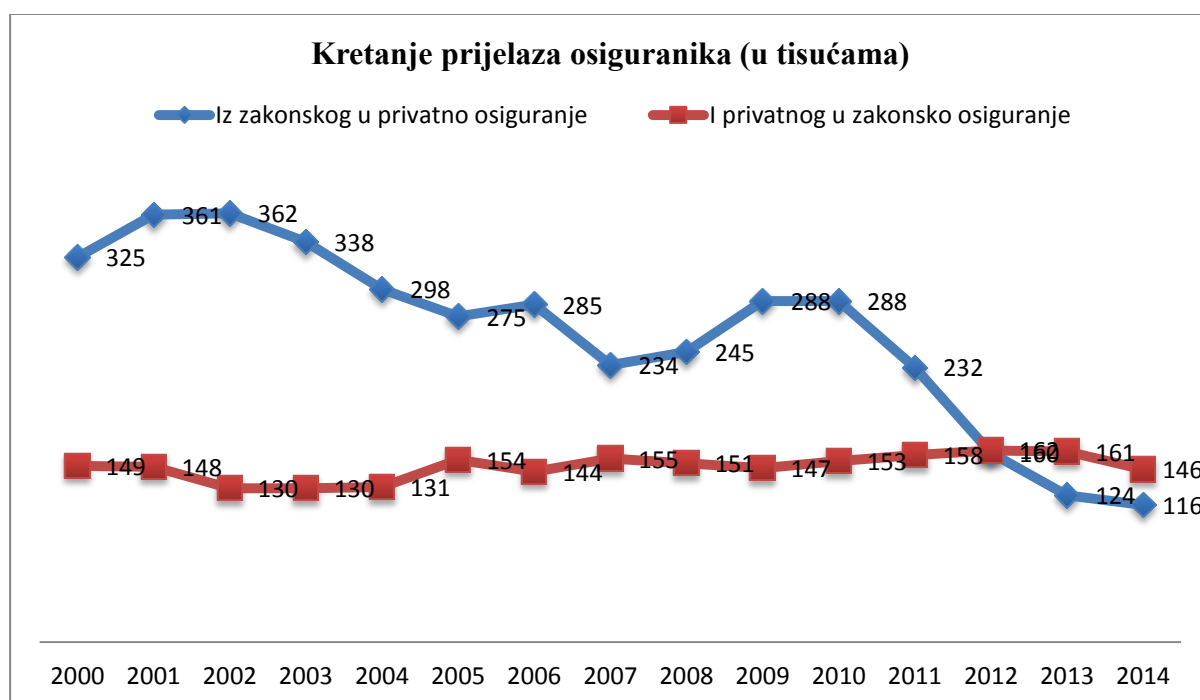


Izvor: uredio autor prema Verband der Ersatzkassen e.V., www.vdek.com, 27.01.2016.

Svi grafički prikazi izuzev prikaza broj5.polaze od toga da u trenutku obrade podataka postoji 70.737.516 osiguranika u zakonskom obveznom zdravstveno osiguranju.

Uz prikaze koji su analizirani radi broja društava, broja osiguranika i tržišnog udjela također je moguće pomoću grafičkog prikaza analizirati prijelaz iz zakonskih obveznih zdravstvenih osiguranja u privatno obvezno zdravstveno osiguranje te obrnutu situaciju.

Grafički prikaz 8. Kretanje prijelaza osiguranika iz jednog u drugo osiguranje



Izvor: uredio autor prema Verband der Ersatzkassene.V., www.vdek.com, 27.01.2016.

U grafičkom prikazu pod brojem 7. sivo obojena linija prikazuje prijelaz osiguranika iz zakonskog u privatno obvezno zdravstveno osiguranje dok plavo obojena linija prikazuje suprotnu situaciju, prijelaz osiguranika iz privatnog u zakonsko obvezno zdravstveno osiguranje. Podaci su prikazani u tisućama na dok se godine navode na apscisi. Promatra se razdoblje od 2000. do zaključno 2014. godine te se vrlo jasno vidi kako se udio stanovnika koji se umjesto u zakonskom obveznom zdravstvenom osiguranju osiguravaju u privatnom obveznom zdravstvenom osiguranju smanjuje i relativno jako pada do 2014. godine. Druga opcija, prijelaz iz privatnog u zakonsko zdravstveno osiguranje relativno je konstantno te se ne bilježe veće ili ekstremne oscilacije.

5.5. Prijepis osiguranika iz sustava ZO Njemačke u hrvatski sustav ZO

U slučaju konačne selidbe iz druge države članice EU u Hrvatsku potrebno je napraviti prijelaz iz jednog u drugo osiguranje. U takvim slučajevima se provodi unaprijed definiran postupak kojim se osiguranik prepisuje u drugu osiguravajuću kuću.

Kada se na primjer državljanin Njemačke seli u Hrvatsku, tada je potrebno odraditi određene aktivnosti kako bi se osiguranik mogao upisati u Hrvatski zavod zdravstveno osiguranje. U nastavku se navodi primjer prijepisa u slučaju preseljenja mladog nezaposlenog adolescenta, izvanrednog studenta u RH i državljana RH iz AOK osiguravajuće kuće u HZZO.

Potrebno je u područnom uredu dosadašnje osiguravajuće kuće, u konkretnom slučaju AOK Baden Württemberg, zatražiti dokument koji navodi do kojeg datuma je osoba osigurana. Dokument mora biti original te mora sadržavati žig područnog ureda i potpis djelatnika. Nije moguće koristiti kopiju ili faksirani dokument. Prilikom dolaska u Hrvatsku potrebno je u matičnom uredu grada u kojemu se boravi podići rodni list i domovnicu. Kada se prikupi sva potrebna dokumentacija, ista se osobno donosi u područni ured Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te službenik ili službenica HZZO-a priprema dokumentaciju potrebnu za izdavanje iskaznice i pristup pravima HZZO-a.

Ugovorom se definiraju prava i obveze te se postaje osiguranikom HZZO-a. Djelatnik HZZO-a izdaje dokument koji predstavlja privremeni dokaz o statusu osiguranika u HZZO-u dok iskaznica zdravstvenog osiguranja ne bude gotova. U pravilu izrada iskaznice traje oko četiri do šest tjedana te HZZO obavještava osiguranika kada iskaznica bude gotova. Tada osiguranik osobno podiže novu iskaznicu koja zamjenjuje privremeni dokument koji se koristio do danog trenutka.

6. MEĐUNARODNE NORME S UTJECAJEM NA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Na međunarodnoj razini postoji niz normi, standarda i pravilnika koji uređuju odnose u raznim područjima. Tako i na području zdravstva postoji veliki broj ugovora, alata i dokumenata koji olakšavaju međunarodno djelovanje liječnika i zdravstvenih djelatnika. U sektoru osiguranja također postoji niz takvih dokumenata. Kada se promatra područje zdravstvenog osiguranja moguće je definirati nekoliko pravilnika koji u svakoj zasebnoj državi definiraju sva pitanja vezana uz strance u Hrvatskoj. No postoje i međunarodne odredbe kojima se regulira primarna zdravstvena zaštita.

Jedan takav dokument „ICPS-2“ ili „International classification of primary care“ što u prijevodu znači „međunarodna klasifikacija primarne zdravstvene zaštite“. Navedeni dokument omogućava da se određeni postupci, načini liječenja ili druge aktivnosti vezane uz zdravstvo te opseg prava na usluge primjenjuje na međunarodnoj razini. ICPC-2 se bavi dokumentacijom i pitanjima vezanim uz obiteljsku medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu.⁴⁰

Norma tj. spomenuta klasifikacija nastoji riješiti problem unifikacije kodova i šifri u liječenju u praksama primarne zdravstvene zaštite. Postajala je potreba za izgradnjom informacijskog sustava za primarnu zdravstvenu zaštitu te se konsenzusnom i odlukom struke, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te Ministarstva zdravstva o prihvaćanju ICPC-2 kao podatkovne norme za djelatnost obiteljske medicine, djelatnost za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece, te djelatnost za zdravstvenu zaštitu žena definirao ovakav dokument i norma.

Ona uvelike olakšava rukovanje s podacima, ali i omogućava zadovoljenje potreba pacijenata na višoj razini. Klasifikacija dopušta, preporuča i poziva da se trebaju odrediti posebne šifre za razloge traženja medicinske pomoći, ili kodovi za medicinske postupke za koje se nadležni na lokalnoj, državnoj ili međunarodnoj razini dogovore i definiraju ih kao aktivnosti primarne zdravstvene zaštite pružane pacijentima prema potrebi.⁴¹

⁴⁰ Službena stranica međunarodne zdravstvene organizacije WHO, www.who.int, 27.7.2015.

⁴¹ Krčmar, N.; Stevanović, R.; Tiljak, H.; Stanić, A.; Varga, S.; Not, T.; Jovanović, A.: „ICPC-2, Međunarodna klasifikacija primarne zdravstvene zaštite i njena primjena u zdravstvu Hrvatske“, Acta Medica Croatica (1330-0164) 59, 2005; str. 267-271

Podrazumijeva se da sva društva ili pružatelji osiguranja trebaju implementirati normu ISO 9001:2008 koja se bavi upravljanjem kvalitetom. Ova norma prelazi definirana područja te se primjenjuje u svakom poslovanju pa tako i u zdravstvenom osiguranju. Potrebno je implementirati normu kako bi klijenti i osiguranici uživali u maksimalno usklađenom sustavu i visoko kvalitetnoj usluzi koja je jednaka za sve osiguranike te na međunarodnoj razini.

6.1. Europska iskaznica zdravstvenog osiguranja

Europska iskaznica zdravstvenog osiguranja (EHIC) jest kartica kojom se dokazuje status osiguranika u zdravstvenom osiguranju u zemljama članicama EU. Kartica osiguraniku koji boravi u drugoj državi EU osigurava zdravstvenu skrb i pravo na korištenje zdravstvene zaštite koju je potrebno provesti uslijed iznenadno nastalog zdravstvenog problema koji se trenutno mora liječiti te se ne može odgoditi do povratka osiguranika u njegovo uobičajeno mjesto prebivališta. Troškove takve vrste liječenja preuzima HZZO.

Neodgodiva zdravstvena zaštita bit će i zdravstvena zaštita u vezi s kroničnim ili postojećim bolestima ako cilj putovanja nije liječenje (na primjer, kontrola visokog tlaka), te zdravstvena zaštita u vezi s trudnoćom i rođenjem djeteta, ako cilj privremenog boravka u inozemstvu nije porod. Nadalje se u neodgodive zdravstvene usluge ubraja na primjer dijaliza, terapija kisikom, tretmani za astmu, no radi korištenja tih usluga prethodno se morate dogovoriti sa zdravstvenom ustanovom države u koju namjeravate oputovati.⁴²

Kartica EHIC besplatna je i pokriva nužne potrebe zdravstvene zaštite u inozemstvu. Kako EHIC pokriva samo nužne troškove i zahvate je poželjno ugovoriti putno osiguranje koje preuzima dodatne izdatke u slučaju nezgode.

Europska iskaznica zdravstvenog osiguranja izdaje se u sklopu zdravstvenog osiguranja te se preko web portala ili direktno u područnom uredu može predati zahtjev za izdavanjem iskaznice. Europska iskaznica zdravstvenog osiguranja vrijedi tri godine te se na kartici navodi točan dan isteka važenja kartice nakon kojega se može obnoviti.

⁴² Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 22.7.2015.

Slika 1. EHIC kartica



Izvor: Službena stranica HZZO-a, www.hzzo.hr, 22.7.2015.

Slika 2. EHIC Njemačka



Izvor: Techniker Krankenkasse, www.tk.de, 22.7.2015.

EHIC sadrži osnovne ali najvažnije informacije vezane uz osiguranika, a to su: ime i prezime osiguranika, datum rođenja osiguranika, identifikacijski broj osobe, identifikacijski broj institucije, identifikacijski broj kartice te datum isteka važenja kartice. Nevezano koja država izdaje EHIC iskaznicu, navede se informacije uvijek prikazuju na istome mjestu u prethodno zadanom redoslijedu. Razlog tome jest standardizacija i omogućavanje olakšanog pristupa informacijama osiguranika. U Njemačkoj se dodatno uz identifikacijski broj institucije navodi i kratica, tj. slova kojima se dodatno označava o kojoj osiguravajućoj kući se radi.

Sva prava osiguranika se navode u direktivi koju je Republika Hrvatska prihvatila a sastavio Europski parlament i vijeće 2011. godine.⁴³

⁴³ Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i vijeća od 9. ožujka o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi

7. ZAKLJUČAK

Zdravstveno osiguranje jedno je od temeljnih prava svakog građana. Obveza osiguranja kod državnog ili zakonski određenog tijela, osiguravajuća društva ili zavoda za zdravstveno osiguranje pitanje je kojim se svaki građanin mora baviti. Zdravstveno osiguranje se u principu uvijek dijeli na obvezno zdravstveno osiguranje koje pokriva temeljne zadatke u zaštiti zdravlja i zdravstvenoj skrbi te preuzima dio troškova koji proizlaze iz nužnog liječenja i liječenja po hitnom postupku. Dodatni oblici zdravstvenog osiguranja razlikuju se ovisno o zemlji koju promatramo, no imaju i zajedničkih značajki. Dodatni oblici zdravstvenog osiguranja uvijek preuzimaju dio troškova ili ukupne troškove koji nisu pokriveni obveznim osiguranjem te su to osiguranja kojima se proširuje opseg usluga na koje osigurana osoba ima pravo u slučaju nastanka potrebe za određenom uslugom.

U ovom stručnom radu promatrani su sustavi zdravstvenog osiguranja dviju država članica Europske unije, Republika Hrvatska i Savezna Republika Njemačka. Obje države imaju svoj jasno definiran i uhodan sustav zdravstvenog osiguranja te način rada i djelovanja zavoda za zdravstveno osiguranje ili osiguravajuća društva koja imaju ulogu osiguravatelja u zdravstvenim pitanjima.

U Republici Hrvatskoj se zdravstveno osiguranje dijeli na obvezno zdravstveno osiguranje i tri različita oblika nadopune uz obvezno zdravstveno osiguranje a to su dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje. U sklopu rada navode se sve informacije vezane uz navedena osiguranja kao što su opseg usluga uključenih u obveznom osiguranju, prava osiguranika, specifičnosti pojedinih vrsta ili oblika osiguranja, razlika i sličnosti dvaju sustava obveznog osiguranja te se objašnjava svrha i zadaci obveznog zdravstvenog osiguranja. Glavni osiguravatelj obveznog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Dodatni oblici osiguranja kao primjerice dopunsko zdravstveno osiguranje dostupni su u HZZO-u ali i na drugim mjestima kao osiguravajuća društva nalik Croatia osiguranja.

U Saveznoj Republici Njemačkoj se sustav zdravstvenog osiguranja dijeli na obvezno ili zakonsko zdravstveno osiguranje te na privatno zdravstveno osiguranje. Obvezno zdravstveno osiguranje može se ugovoriti kod jedne od šest istovjetnih osiguravajućih kuća koje su AOK, EK, IKK, BKK, LKK I Knappschaftskassen. Svako od navedenih moguće je sklopiti kod

jedne od osiguravajućih kuća prema vlastitom odabiru i u skladu s potrebama. Postoji opcija članstva u osiguranju koje je vezano uz tvrtku zaposlenja ili djelatnost. Svaka osoba mora biti osigurana u obveznom zdravstvenom osiguranju, bilo ono temeljeno na zakonskoj osnovi ili na privatnoj. Dodatno postoji još nekoliko opcija kojima se mogu osigurati specifične potrebe koje iziskuju dodatne troškove u trenutku kada ih je potrebno koristiti. Stoga je moguće ugovoriti dodatno zdravstveno osiguranje za područje dentalne medicine, dodatno zdravstveno osiguranje za stacionarni boravak u bolnici, dodatno zdravstveno osiguranje za liječenje u različitim ambulantom alternativne medicine i dodatak za pomagala, dodatno zdravstveno osiguranje za naočale, dodatno zdravstveno osiguranje za vrijeme bolovanja te preventivno dodatno zdravstveno osiguranje.

U radu se navodi primjer i usporedba određenih usluga i paketa osiguranja obitelji i studenata. U Hrvatskoj postoji isključivo jedna opcija za sklapanje obveznog zdravstvenog osiguranja u Zavodu za zdravstveno osiguranje. U Njemačkoj ipak postoji veći broj osiguravajućih kuća ili društava koja nude mogućnost sklapanja ugovora o obveznom zdravstvenom osiguranju kao što su primjerice „AOK“ ili „BKK“. Daljnja značajna razlika jest opcija ugovaranja obveznog zdravstvenog osiguranja vezano uz tvrtku zaposlenja. Privatno zdravstveno osiguranje u objema državama pruža širi opseg usluga. No ipak se razlikuju u konkretnom djelovanju. U Njemačkoj privatno osigurani pacijenti imaju niz mogućnosti koji osiguravaju bolju uslugu kao što je na primjer slobodan odabir specijaliste medicine ili bolji uvjeti stacionarnog boravka u bolnici kao što su jednokrevetna soba. Uspoređujući navedeno dolazi se do zaključka da postoje preklapanja ali i razlike u načinu osiguranja, opsegu usluga koje osiguranje obuhvaća te pravima koja proizlaze iz osiguranja. No uočene su i jasne sličnosti koje daju naslutiti kako se sustav i pojedina područja u djelovanju i realizaciji osiguranja u Republici Hrvatskoj prilagođavaju prema međunarodnim normama i na višu razinu. Sustav u Njemačkoj otvoreniji je i razvijeniji te samim time pogodniji za različite profile osiguranika i njihove potrebe u svezi opsega i usluga osiguranja.

POPIS LITERATURE

1. AOK – Die Gesundheitskasse ON, www.aok-on.de, 10.1.2015.
2. AOK – Die Gesundheitskasse, www.aok.de, 9.1.2015.
3. Državni zavod za statistiku, www.dzs.hr, 8.1.2015.
4. Državni zavod za statistiku, www.dzs.hr, 8.1.2015.
5. Hrvatska znanstvena bibliografija, www.bib.irb.hr, 8.9.2015.
6. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr, 2014 i 2015. god., 22.7.2015.
7. Ihr Vergleichsportal für Gesetzliche Krankenkassen, www.gesetzlichekrankenkassen.de, 7.1.2015.
8. Internet portal firme Rusteberg und Hofstetter GmbH, www.zusatzversicherung.net, 27.7.2015.
9. Klasić, K.; Andrijić I.: „Osnove osiguranja – načela i praksa“, III. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, TEB poslovno savjetovanje d.o.o., Zagreb, 2013.
10. Krankenkassen Deutschland, www.krankenkassen.de, 30.12.2014.
11. Krčmar, N.; Stevanović, R.; Tiljak, H.; Stanić, A.; Varga, S.; Not, T.; Jovanović, A.: „ICPC-2, Međunarodna klasifikacija primarne zdravstvene zaštite i njena primjena u zdravstvu Hrvatske“, Acta Medica Croatica (1330-0164) 59, 2005; str. 267-271
12. Portal „JustLanded“, www.justlanded.com, članak: „Die 2 Arten der Krankenversicherung“, 22.7.2015.
13. Portal danas.hr, www.danas.net.hr, <http://danas.net.hr/hrvatska/rezultati-popisa-stanovnistva-u-hrvatskoj>, 8.1.2015.
14. Službena stranica Udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu, <http://www.uppz.hr>, 08.01.2016.
15. Sozialpolitik aktuell – das Informationsportal zur Sozialpolitik, www.sozialpolitik-aktuell.de, 8.1.2015.
16. Šijaković, A.; Kereta, J.; Kiš, D.: „ Utjecaj dobrovoljnog dodatnog zdravstvenog osiguranja na stopu bolovanja i smanjenje troškova“, Sigurnost 50, 2008., str. 386-387, www.hrcakrsce.hr, 5.12.2014.
17. Verband der Ersatzkassen e.V., www.vdek.com, 27.01.2016.
18. Wasserbauer, B.; Varičak, I.: “Znanstveni i stručni rad – Načela i metode”, Veleučilište u Karlovcu, Karlovac, 2009.

Zakoni:

1. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, br. [85/06](#), [150/08](#), [71/10](#)
2. Zakon o lijekovima, Narodne novine, br. [76/13](#), [90/14](#)
3. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj, NN, br. 80/13
4. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju u Njemačkoj: Sozialgesetzbuch; gesetzliche Krankenversicherung, § 5 Abs. 1 Nr. 9 [SGB V](#), § 21 [KVLG 1989](#)
5. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, br. [80/13](#), [137/13](#)
6. Zakon o osiguranju, Narodne novine, NN br. 30/15, www.zakon.hr, 28.01.2016.
7. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 , 154/14, čl. 2, čl.3, www.zakon.hr, 01.09.2015.

POPIS ILUSTRACIJA

Slika 1. EHIC kartica	49
Slika 2. EHIC Njemačka	49
Grafički prikaz 1. Razvoj broja obveznih zdravstvenih osiguranja u Njemačkoj od 1994.-2015.....	24
Grafički prikaz 2. Udio osiguranika pojedinih osiguravajućih društava –stanje 07/2015	25
Grafički prikaz 3. Broj osiguravajućih društava i njihov udio na tržištu – stanje srpanj 2015.	26
Grafički prikaz 4. Učešće pojedinih kategorija osiguranja u ukupnom broju osiguranika za 2014.godinu.....	41
Grafički prikaz 5. Struktura zdravstvenog osiguranja stanovništva Njemačke za 2014. godinu	42
Grafički prikaz 6. Struktura osiguranika zdravstvenih osiguranja – stanje srpanj 2015.....	43
Grafički prikaz 7. Tržišni udio pojedinih osiguravajućih društava prema vrsti osiguranja – stanje srpanj 2015.....	44
Grafički prikaz 8. Kretanje prijelaza osiguranika iz jednog u drugo osiguranje.....	45
Tablica 1. Najznačajnije razlike između sustava rada i djelovanja zdravstvenih osiguranja u Hrvatskoj i Njemačkoj	34

POPIS PRILOGA

Prilog 1.: Tiskanica T1.....	56
------------------------------	----

Datum stjecanja statusa osiguranika	<input type="text"/>	Datum prestanka statusa osiguranika	<input type="text"/>								
Oznaka osnovne osiguranja	<input type="text"/>	Oznaka kriterija obveze	<input type="text"/>								
* Stručna sprema nakon završenog školovanja	<input type="checkbox"/> NKV	<input type="checkbox"/> NSS	<input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> SSS	<input type="checkbox"/> VKV	<input type="checkbox"/> VŠS	<input type="checkbox"/> VSS	<input type="checkbox"/> mr.	<input type="checkbox"/> dr. spec.	<input type="checkbox"/> dr. sci.
* Stručna sprema na koju se osigurana osoba prijavljuje u obvezno zdr. osiguranje	<input type="checkbox"/> NKV	<input type="checkbox"/> NSS	<input type="checkbox"/> PKV	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> SSS	<input type="checkbox"/> VKV	<input type="checkbox"/> VŠS	<input type="checkbox"/> VSS	<input type="checkbox"/> mr.	<input type="checkbox"/> dr. spec.	<input type="checkbox"/> dr. sci.
Naziv radnog mjesta _____											
* Radno vrijeme	Puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> sati tjedno <input type="text"/>			Nepuno radno vrijeme <input type="checkbox"/> sati <input type="text"/> minute <input type="text"/>							

5. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum stjecanja statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>	Datum prestanka statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>
--	----------------------	--	----------------------

6. RAZDOBLJE KORIŠTENJA PRAVA

Datum stjecanja prava u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>	Datum prestanka prava u obveznom zdravstvenom osiguranju	<input type="text"/>
--	----------------------	--	----------------------

Datum podnošenja prijave

Ime i prezime podnosioca - ovlaštene osobe

U _____, _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe

Datum zaprimanja <input type="text"/>	Datum evidentiranja <input type="text"/>
KLASA: _____	Interni broj _____ M.P.
URBROJ: _____	
_____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	_____ Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda

- Tiskanica-1 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** (u daljnjem tekstu: prijava) osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Potrebno je znakom X označiti odgovarajući kvadrat.
- Obveznik podnošenja prijave obavezan je podatke u Tiskanici-1 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
- Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1. i 4. upisuje pravna osoba, a podatke pod 1. i 2. i 4. fizička osoba.
- Kod upisa podataka pod 4., koji se odnose na adresu, obvezno se upisuje prebivalište, a boravište samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljeno i boravište. Za stranca s odobrenim stalnim boravkom upisuju se podaci u rubriku "SB - stalni boravak", a za strance s odobrenim privremenim boravkom u rubriku "PB - privremeni boravak".
- U rubrici «Stručna sprema nakon završenog školovanja» označuje se stručna sprema koju je osoba stekla nakon završenog školovanja.
- Pri podnošenju prijave, podnositelj je obavezan uz podatke u prijavi upisati i datum prijave.
- Tiskanica-1 ovjerava se u 3 primjerka: 1. primjerak zadržava Zavod, 2. primjerak vraća se podnosiocu, 3. primjerak uručuje se osiguraniku koji na osnovi njega ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja do dobivanja iskaznice zdravstveno osigurane osobe.

* - odgovarajuće označiti znakom X