

DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE I MOGUĆI SCENARIJI NJEGOVA RAZVITKA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Izv. prof. dr. sc. Viktor Gotovac*

UDK: 369.221(497.5)

368.942(497.5)

DOI: 10.3935/zpfz.73.1.02

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: siječanj 2023.

Dopunsko zdravstveno osiguranje jedno je od tri dobrovoljna zdravstvena osiguranja uređena Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Riječ je o osiguranju kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u dijelu u kojem su osigurane osobe obvezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno u cijeni lijeka. Ovo je osiguranje uvedeno Zakonom o zdravstvenom osiguranju 1993. godine koncepcijski obuhvaćajući današnja dopunska i dodatna dobrovoljna zdravstvena osiguranja te se u razdoblju od gotovo 30 godina nije znatnije sadržajno mijenjalo. Slijedom proteka ovog razdoblja primjene ovim se radom žele razmotriti mogući scenariji i smjerovi razvitka ovog osiguranja u Republici Hrvatskoj.

Ključne riječi: zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje, dopunsko zdravstveno osiguranje

* Dr. sc. Viktor Gotovac, izvanredni profesor Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Trg Republike Hrvatske 3, 10000 Zagreb; vgotovac@pravo.hr; ORCID ID: orcid.org/0009-0002-8442-7222

I. UVODNO

Dopunsko zdravstveno osiguranje jedno je od tri dobrovoljna zdravstvena osiguranja uređena Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju¹ (dalje u tekstu: ZDS). Uvedeno Zakonom o zdravstvenom osiguranju² 1993. godine, usmjereno je djelovanju u pogledu prava i razine pokrića prava, njime se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja³ u dijelu u kojem su osigurane osobe obvezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno u cijeni lijeka. Na taj način ovo osiguranje nadopunjava djelovanje socijalnog zdravstvenog osiguranja, u nas normativno nominiranog obveznog zdravstvenog osiguranja uređenog Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju⁴. Opseg pokrića je, dakle, taj koji definira specifičnost dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao financijsku dopunu osnovnom osiguranju, bilo ono utemeljeno kao obvezno, socijalno ili neko drugo.⁵ Kako se, dakle, obveznim zdravstvenim osiguranjem ne pokrivaju ili se ne pokrivaju u cijelosti troškovi određenih prava⁶, već se očekuje sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite odnosno u cijeni lijeka⁷, tu se stvara prostor za dopunsko zdravstveno osiguranje.⁸ Slijedom ove uloge financijskog nadopunjavanja u di-

¹ Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 85/2006, 150/2008, 71/2010, 53/2020, 120/2021, 23/2023.

² Zakon o zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 75/1993, 55/1996, 80/1996, 109/1997, 13/1998, 88/1998, 150/1998, 10/1999, 34/1999, 69/2000, 59/2001, 82/2001, 94/2001.

³ U ovom radu rabimo pojam obveznog zdravstvenog osiguranja s obzirom na to da je to normativni termin koji se rabi u zakonskom uređenju. Umjesto tog pojma ovaj bi se oblik zdravstvenog osiguranja mogao identificirati i kao socijalno, javno, državno ili osnovno zdravstveno osiguranje, sa sve identičnim pojmovnim određenjem. U nekim se slučajevima rabi i pojam zakonsko zdravstveno osiguranje, što upućuje na zakonom određenu obveznost, osobito u vezi s financiranjem. Vidi i: Roemer, R., *Health Legislation as a Tool for Public Health and Health Policy*, International Digest of Health Legislation, vol. 49, br. 1, 1998., str. 95 – 96.

⁴ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 80/2013, 137/2013, 98/2019, 33/2023.

⁵ Gotovac, V., *Zdravstveno osiguranje – socijalni aspekti (doktorska disertacija)*, Zagreb, 2010., str. 211 – 212.

⁶ Tako se primjerice globalno iz pokrića obveznih zdravstvenih osiguranja sve više isključuju ili u bitnom ograničavaju prava na usluge dentalne zdravstvene zaštite.

⁷ Goodwin, N.; Gruen, R.; Iles, V., *Managing Health Services*, Open University Press, Maidenhead, 2006., str. 45.

⁸ Pieters, D., *A First Guide to Social Security (Syllabus Comparative Study of the Social Security Systems in Europe)*, Leuven, 1998., str. 121 – 123; Pieters, D., *Social Security: An Introduction to the Basic Principles*, Kluwer Law International, The Hague, 2006., str.

jelu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite dolazi i naziv ovog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Zakonsko uređenje dopunskog zdravstvenog osiguranja nije hrvatski kuriozitet. Ovo dobrovoljno osiguranje postoji u većini država sustava socijalnog zdravstvenog osiguranja, tako i u Hrvatskoj⁹, a primjena postoji i u državama sustava nacionalnog zdravstva.¹⁰ Njime se osigurava pokriće razlike, odnosno dijela troška ostvarivanja određene usluge iz spektra zdravstvene zaštite, a postoje i sustavi u kojima se pokriva cjelokupan trošak u pogledu nekog prava.¹¹ Dakle, ovo osiguranje slijedi obvezu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, ono pokriva onaj iznos kojim osigurane osobe sudjeluju u troškovima usluge zdravstvene zaštite, a to može biti fiksna administrativna pristojba za korištenje zdravstvene zaštite ili, kao u nas, postotni udio u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno odbitna franšiza tako da osigurana osoba plaća troškove do određenog iznosa.¹²

Dopunsko zdravstveno osiguranje uklopilo se u nastojanja i nužnost proširenja financijske osnove javnih zdravstvenih sustava: troškovi javnih zdravstvenih sustava rastu i inicirali su promjene. Sistemska promjena u financiranju bila je da se prikupljanje sredstava za zdravstvene sustave diversificira i usmjeri mješovitim izvorima financiranja i za javne sustave i zdravstvenu zaštitu obveznih osiguranja. Javni i obvezni način prikupljanja sredstava doprinosima i porezima, u socijalnim državama temeljno načelo, nadopunjeni su primjerenom evaluacijom privatnog financiranja obvezom osobnog snošenja i plaćanja troškova zdravstvene zaštite, a potom je razvijeno dopunsko zdravstveno osiguranje koje zamjenjuje takvo plaćanje iz vlastita džepa, te umjesto osigurane osobe plaća sudjelovanje u troškovima. Konceptijski, dakle, na taj se način u javni zdravstveni sustav, koji počiva na obveznom socijalnom osiguranju ili po-

90 – 91; Strban, G., *Temelji obvezne zdravstvene zavarovanja*, Cankarjeva založba, Ljubljana, 2005., str. 53 – 54.

⁹ Tako je nadnaslov nad Poglavljem II. ZDS-a “Dopunsko zdravstveno osiguranje” te je tu ono uređeno.

¹⁰ Stoltzfus Jost, T., *Private or Public Approaches to Insuring the Uninsured: Lessons from International Experience with Private Insurance*, New York University Law Review, vol. 76, br. 2, 2001., str. 468 – 471.

¹¹ Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 53.

¹² Dopunsko zdravstveno osiguravanje, kao i samo sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite, financijski najviše pogađa osobe s niskom razinom dohotka, zbog kojih se i uvodi obvezno zdravstveno osiguranje. U tom pogledu sam smisao ovog načina racionaliziranja troškova te i ovog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja činjenično predstavlja djelovanja protivno počelima sustava zdravstvenog osiguranja. Vidi i: Goodwin *et al.*, *op. cit.* u bilj. 7, str. 45, 47.

reznom financiranju, uvodi dopunski izvor financiranja, privatni, bilo osobnim plaćanjem bilo dopunskim osiguranjem.

Osim ove konceptijske promjene koja je otvorila prostor za dopunsko zdravstveno osiguranje još je jedna sistemska logika djelovala na pojavu dopunskog zdravstvenog osiguranja. To da se obveznim zdravstvenim osiguranjem određena prava ne pokrivaju ili se ne pokrivaju u cijelosti, da se uvodi obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite proizvodi značajne individualne posljedice: individualna percepcija rizičnosti i štetnosti obveze sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite dovodi do nastojanja pojedinca da se od tog rizika osigura i smanji potencijalnu obvezu odnosno trošak, štetnost iste. Još je jedan motiv za ovo osiguranje: postoji kategorija osoba kojima bi iznosi sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite predstavljali toliko financijsko opterećenje i gubitak da bi to konceptijski odgovaralo katastrofičnom financijskom riziku odnosno riziku katastrofičnog financijskog gubitka uzrokovanog zdravstvenim troškovima. U pogledu tih osoba pojavljuje se socijalna potreba za ovim osiguranjem, a onda se ostvaruje i korespondentna socijalna uloga i svrha prigodom osiguravanja osobito tih osoba. Time se može obrazložiti postojanje i socijalnih silnica¹³ kod ovog osiguranja jer je ono pretežno usmjereno populaciji nižih ili srednjih financijskih mogućnosti.¹⁴ Upravo potonje valja uzeti u obzir kada se promišlja preuređenje ovog osiguranja.

Rad koji slijedi razrađuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje ima dopunsku funkciju, i to razmatrajući moguće uloge, scenarije i smjerove njegova razvitka, ponajprije kontekstualizirajući mogućnosti koje bi se njime moglo ostvariti u Hrvatskoj, kao dio nastojanja za reformom zdravstva.

Rad je podijeljen u četiri cjeline. Nakon uvoda, prikazuju se i analiziraju prakse dopunskog zdravstvenog osiguranja s osvrtom na provedbe u različitim nacionalnim sustavima i analizu institucionalnog okvira zakonskog uređenja dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. U trećem dijelu izlažu se mo-

¹³ Martin, P.; Del Sol, M., *The Uncertain and Differentiated Impact of EU Law on National (Private) Health Insurance Regulations*, u: Benoît, C. et al. (ur.), *Private Health Insurance and the European Union*, Palgrave Macmillan, Cham, 2021., str. 118.

¹⁴ Ovo identificira dopunsko zdravstveno osiguranje kao dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje služi zaštiti određenih društvenih skupina i dijelova stanovništva što, konzekventnim zaključivanjem, implicira i izvjesnu razinu njegove "socijalnosti", identifikacije s određenim obilježjima socijalnog zdravstvenog osiguranja. Vidi: Mossialos, E.; Thomson, S. M. S., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, u: Mossialos, E. et al. (ur.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 2002., str. 129. Vidi i: Sagan, A.; Thomson, S., *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016., str. 29.

gući scenariji preuređenja u odnosu na smisao i praktičnu ulogu ovog osiguranja u nas. Konačno, u četvrtome dijelu daju se zaključna razmatranja.

II. DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Dopunsko zdravstveno osiguranje predstavlja zdravstveno osiguranje dopunskog pokrića, pokrića koje ne udvaja odnosno ne nadomješta sadržaj obveznog zdravstvenog osiguranja, ne isključuje ga, već dopunskim pokrićem služi zaštitu određenih društvenih skupina i dijelova stanovništva.¹⁵ To znači da ovo osiguranje počiva na koordiniranoj obvezi osiguravanja obveznim zdravstvenim osiguravanjem te se osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju ovim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem radi ostvarivanja prava kojima će postići strukturalnu “nadogradnju” na pokriće pravima obveznog zdravstvenog osiguranja.¹⁶

2.1. Sadržaj

Sadržaj prava dopunskog zdravstvenog osiguranja počiva na nedostacima odnosno ograničenosti obveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu prava, točnije, razine pokrića prava koje osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja imaju u okviru javnog zdravstvenog sustava. Polazeći od toga da se obveznim zdravstvenim osiguranjem određene usluge zdravstvene zaštite, koje se pružaju u javnom zdravstvenom sustavu, ne pokrivaju¹⁷ ili se ne pokrivaju u cijelosti¹⁸, ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u pogledu tih usluga zdravstvene zaštite implicira sudjelovanje u troškovima te zdravstvene zašti-

¹⁵ Langenbrunner, J. C., *Supplemental Health Insurance: Did Croatia Miss an Opportunity?*, Croatian Medical Journal, vol. 43, br. 4, 2002., str. 404.

¹⁶ “Dopunsko, kao i dodatno zdravstveno osiguranje pokriva nedostatke drugih načina financiranja zdravstvenih sustava.” Prema: Drechsler, D.; Jütting, J. P., *Six Regions, One Story*, u: Preker, A. S. et al. (ur.), *Global Marketplace for Private Health Insurance*, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, 2010., str. 80.

¹⁷ Primjerice, u nekim jurisdikcijama prava na usluge iz dentalne zdravstvene zaštite. Vidi: Foubister, T. et al., *Private Medical Insurance in the United Kingdom*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006., str. 3.

¹⁸ Primjeri toga uključuju pokriće troškova specijalističkih pregleda, pretraga, lijekova i sličnih pripravaka, biotehnologije, medicinskih tehničko-tehnoloških odnosno protetskih pomagala i nadomjestaka, primjerice, okvira za naočale, alternativne medicine te dugotrajne skrbi i sl. Vidi: Mossialos, Thomson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 130.

te.¹⁹ Time se pružanje tih prava ne isključuje iz javnih zdravstvenih sustava. Upravo suprotno, ona ostaju u javnom zdravstvenom sustavu i pružaju se unutar njega²⁰, ali se ne pokrivaju ili se ne pokrivaju u cijelosti obveznim zdravstvenim osiguranjem.²¹ Takvo ograničenje prava na zdravstvenu zaštitu koja se pruža u javnom zdravstvenom sustavu definira mogućnost institucionaliziranja i instrumentaliziranja ostvarivanja tih prava s pokrićem u cijelosti ili od razine djelomičnog pokrića obveznim zdravstvenim osiguranjem do razine pokrića u cijelosti ili do neke razine više od razine djelomičnog pokrića obveznim zdravstvenim osiguranjem putem druge vrste zdravstvenog osiguranja – dobrovoljnog dopunskog.²²

Slijedom podudaranja dopunskog zdravstvenog osiguranja s obveznim zdravstvenim osiguranjem postoji podudarnost rizika i osiguranih slučajeva dopunskog zdravstvenog osiguranja s onima obveznog zdravstvenog osiguranja, to na način da isti rizici, odnosno oni kod kojih ne postoji potpuno pokriće troškova zdravstvene zaštite od strane obveznog zdravstvenog osiguranja, predstavljaju, pod uvjetima dopunskog zdravstvenog osiguranja, rizike i osigurane slučajeve dopunskog zdravstvenog osiguranja. U pogledu, pak, prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja – ona nisu podudarna onima iz obveznog zdravstvenog osiguranja, već su im komplementarna, to na način da prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja pokrivaju, nadomještaju, vlastito i neposredno izvorno snošenje troškova zdravstvene zaštite koja se pruža u javnom zdravstvenom sustavu, no nije pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem. Pravo dopunskog zdravstvenog osiguranja nije na zdravstvenu zaštitu već na

¹⁹ Goodwin *et al.*, *op. cit.* u bilj. 7, str. 45.

²⁰ Štoviše, uvjeti i troškovi ostvarivanja tih prava nisu u javnom zdravstvenom sustavu podložni tržišnim uvjetima, ne uključuju element ostvarivanja dobiti, već su javno određeni cjenicima javnog zdravstvenog sustava odobrenog, najčešće, od socijalnog zdravstvenog osiguranja te su i tako na neki način poticani.

²¹ Ta su prava u prošlosti, kada su financijske okolnosti bile povoljnije, bila dijelom paketa prava socijalnog zdravstvenog osiguranja, a jednako tako, uz iste povoljne financijske okolnosti, ta bi se prava ponovno mogla ostvarivati pokrivena socijalnim zdravstvenim osiguranjem, u cijelosti ili djelomično, čime bi ih građani ostvarivali na povoljniji način. Vidi: Foubister *et al.*, *op. cit.* u bilj. 17, str. 3.

²² Obilježja dopunskog zdravstvenog osiguranja omogućavaju ne samo da se njime postiže plaćanje ili povrat sredstava do razine pokrića u cijelosti, čime osigurane osobe ništa ne plaćaju za ostvarivanja tih prava u cijelosti ili od razine djelomičnog pokrića socijalnim zdravstvenim osiguranjem do razine pokrića u cijelosti pa da za njih pružene zdravstvene usluge “izgledaju” besplatne, već da se dopunskim zdravstvenim osiguranjem općenito postiže plaćanje ili povrat sredstava do razine pokrića ponad onoga iz socijalnog zdravstvenog osiguranja. Vidi: Mossialos, Thomson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 130.

način ostvarivanja iste.

Kako je razvidno, prostor mogućnosti djelovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja, kada uvodi pokrivanje u cijelosti nepokrivenih usluga zdravstvene zaštite koje se pružaju u javnom zdravstvenom sustavu, podrazumijeva djelovanje u pogledu prava, dok u drugom slučaju, kada uvodi pokrivanje djelomično pokrivenih usluga zdravstvene zaštite koje se pružaju u javnom zdravstvenom sustavu, do razine pokrića u cijelosti ili do neke razine više od razine djelomičnog pokrića obveznim zdravstvenim osiguranjem, predstavlja djelovanje u pogledu razine pokrića prava.²³

Prvospomenuti način djelovanja, uvođenjem prava na u cijelosti nepokrivene usluge zdravstvene zaštite koje se pružaju u javnom zdravstvenom sustavu, razmjerno je manje uobičajeno područje djelovanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao dopunskog zdravstvenog osiguranja, najčešće se povezuje s određenim uslugama dentalne zdravstvene zaštite, a u Europi takav model ovog osiguranja postoji samo u manjem broju država, prije svega u Nizozemskoj i Danskoj²⁴ te u Njemačkoj i Španjolskoj^{25, 26}

Drugi oblik djelovanja dopunskog osiguranja u nekim nacionalnim sustavima jest u pogledu razine pokrića prava. Tu se djeluje na način da se pokrivaju obveznim osiguranjem samo djelomično pokrivene usluge zdravstvene zaštite koje se pružaju u javnom zdravstvenom sustavu te se one potom dopunskim osiguranjem pokrivaju do razine pokrića u cijelosti ili do neke razine više od razine djelomičnog pokrića obveznim zdravstvenim osiguranjem, ali opet ne do punog iznosa. U ovom pristupu djelovanje dopunskog zdravstvenog osiguranja koincidira sa sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno ga zamjenjuje. Tu se dopunsko zdravstveno osiguranje odnosi na pokriće ponad razine djelomičnog pokrića obveznim zdravstvenim osiguranjem, bilo do razine pokrića u cijelosti²⁷ bilo do samo neke, više, razine djelomičnog pokrića zdrav-

²³ Thomson, S.; Sagan, A.; Mossialos, E., *Why Private Health Insurance?*, u: Thomson, S. et al. (ur.), *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, Cambridge University Press, Cambridge, 2020., str. 3; Thomson, S.; Foubister, T.; Mossialos, E., *Financing Health Care in the European Union*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009., str. 58.

²⁴ Sagan, A.; Thomson, S., *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016., str. 12.

²⁵ Foubister et al., *op. cit.* u bilj. 17, str. 3.

²⁶ U Hrvatskoj ovaj aspekt ne postoji.

²⁷ Ovo primjerice u Belgiji, Italiji, Sloveniji i Hrvatskoj. Vidi i: Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *Pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost – Zdravstvena reforma – Osnutek*, Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, Ljubljana, 2003., str. 58. Suprotno: Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 58.

stvene zaštite, i to bez obzira na to je li riječ o izravnom plaćanju dopunskog zdravstvenog osiguranja javnom zdravstvenom sustavu odnosno obveznom zdravstvenom osiguranju ili o povratu sredstava plaćenih zdravstvenom sustavu odnosno obveznom zdravstvenom osiguranju osiguranim osobama dopunskog zdravstvenog osiguranja. Ovaj model dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja postoji u Belgiji, Francuskoj, Luksemburgu, u gotovo svim bivšim socijalističkim državama Srednje i Istočne Europe u kojima je prihvaćen sustav zdravstvenog osiguranja, tako i u Hrvatskoj²⁸, a osim u državama koje zdravstveni sustav osnivaju na sustavu zdravstvenog osiguranja dopunsko zdravstveno osiguranje u funkciji nadomještanja vlastitog i neposrednog izvornog snošenja troškova djelomično pokrivenih usluga zdravstvene zaštite nalazimo i u državama sustava nacionalnog zdravstva, primjerice u Danskoj.²⁹

2.2. Dobrovoljnost

Prethodni opisani sadržaj dopunskog zdravstvenog osiguranja dijelom dovedi u pitanje ostvarenje načela dobrovoljnost u ovom osiguranju. Naime, činjenica je da se prigodom korištenja zdravstvenom zaštitom u javnom sustavu obvezno sudjeluje u troškovima zdravstvene zaštite pa tako ovo osiguranje postaje samo modalitet ispunjavanja navedene obveze. To znači da, iako je ovo osiguranje *de iure* dobrovoljno i predmet voljne odluke pojedinca, činjenica obveznosti sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite se *de facto* "prelijeva" i u samu narav ovoga osiguranja, jer pojedinci, osobito oni nižih ili srednjih financijskih mogućnosti³⁰, katastrofični financijski rizik odnosno rizik katastrofičnog financijskog gubitka uzrokovanog zdravstvenim troškovima nastalim sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite izbjegavaju osiguranjem na ovaj način.³¹

²⁸ Odredbom članka 19. stavka 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju određene su zdravstvene usluge koje se plaćaju u cijelosti, odnosno za sve je ostale odredbama članka 19. stavaka 3. do 5. određena obveza sudjelovanja u troškovima. Isto se nastavnim člancima 20 do 23 utvrđuje i za lijekove te ortopedska i druga pomagala te dentalna pomagala. Navedeno kao sadržaj pokriva dopunskog zdravstvenog osiguranja u odredbi članka 5. utvrđuje i ZDS.

²⁹ Mossialos, Thompson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 131.

³⁰ Činjenično, sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite (ali i dopunsko zdravstveno osiguranje) financijski najviše pogađa osobe s niskom razinom dohodaka, zbog kojih se uvodi socijalno zdravstveno osiguranje. U tom pogledu sam smisao ovog načina racionaliziranja troškova i ovog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja činjenično predstavlja djelovanja protivno početima sustava zdravstvenog osiguranja. Vidi i: Goodwin *et al.*, *op. cit.* u bilj. 7, str. 45, 47.

³¹ Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 54.

S tim u vezi valja spomenuti kako se rabi i stimulacija stanovništva poticajima, od-

Navedena teorijska obveznost, osobito u svjetlu posebnosti dopunskog zdravstvenog osiguranja u odnosu na druga dobrovoljna zdravstvena osiguranja da ono dopunskim pokrićem služi zaštiti određenih društvenih skupina i dijelova stanovništva, onih nižih ili srednjih financijskih mogućnosti, implicira i da ovo osiguranje nije moguće posve prepustiti tržišnim uvjetima te se ono znatno normativno uređuje. Uvode se određene posebnosti, osobito u pogledu nositelja ovog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

2.3. Akteri

Akteri koji se pojavljuju u okviru dopunskog zdravstvenog osiguranja koincidiraju s onima obveznog zdravstvenog osiguranja. Osigurane osobe ovoga osiguranja potencijalno mogu biti sve osobe osigurane obveznim zdravstvenim osiguranjem, odnosno u nacionalnoj zdravstvenoj službi, s obzirom na to da je taj status preduvjet za dopunsko pokriće ovoga osiguranja. Pružatelji zdravstvenih usluga isti su oni koji su dijelom javnog zdravstvenog sustava.

U pogledu nositelja osiguranja postoji izvjesna specifičnost. Jedan od načina ostvarivanja socijalnog cilja zaštite određenih društvenih skupina i dijelova stanovništva očituje se i čestim zakonodavnim uređenjem prema kojem nositelj ovog zdravstvenog osiguranja ima obvezu prihvatiti svaku osiguranu osobu, i to prema uvjetima koji ne odgovaraju individualnoj ocjeni i procjeni vjerojatnosti ili izvjesnosti nastupa određenog individualnog zdravstvenog rizika bolesti ili ozljede, već se, kao i kod obveznog zdravstvenog osiguranja, osnivaju na zakonski postavljenim uvjetima osnovanim na uprosječivanju i optimizaciji rizičnosti na razini populacije osiguranih osoba, odnosno solidarnom izjednačavanju rizika^{32,33} Pod tim uvjetima privatni osiguravatelji ili uopće ne pružaju uslugu dopunskog zdravstvenog osiguranja ili, ako ju i pružaju, to čine s uračunatim

nosno destimulacija financijskim opterećenjem, visokim troškovima i sl., kako bi se cjelokupno stanovništvo ili ciljana društvena skupina usmjerila dopunskom zdravstvenom osiguranju. Vidi i: Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *op. cit.* u bilj. 27, str. 76 – 77.

³² Time se sustav zasniva kao neprofitan jer bi u uvjetima solidarnog izjednačavanja dobit podrazumijevala pridonšenje barem u marginalnom iznosu putem iznosa doprinosa koji jamči solidarno izjednačavanje, a tada bi ovo osiguravanje bilo preskupo te bi privlačilo samo “loše” rizike, pri čemu bi se javljala potreba za dodatnim pridonšenjem ili bi sustav bio neodrživ. Vidi i: Barr, N., *The Welfare State as Piggy Bank – Information, Risk, Uncertainty and the Role of the State*, Oxford University Press, Oxford, New York, 2001., str. 50 – 71.

³³ Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 54.

gubitkom³⁴, ostvarujući tržišne probitke na neki drugi način.³⁵ Slijedom naređenog kod ovog osiguranja važna uloga može biti nositelja obveznog zdravstvenog osiguranja, kojima se omogućava ova vrsta osiguravanja, uz privatne osiguravatelje.³⁶ U nas na temelju odredbe članka 8. ZDS-a dopunsko zdravstveno osiguranje provode društva za osiguranje koja su dobila dozvolu za obavljanje dopunskog zdravstvenog osiguranja, a uz njih, na temelju odredbe članka 10. ZDS-a, i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: HZZO), osiguravatelj obveznog osiguranja.

2.4. Učinci

2.4.1. Individualni učinci

Ključno djelovanje dopunskog zdravstvenog osiguranja u vezi je s institutom sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.³⁷ Potonji modalitet financiranja počiva na ideji da će se osigurane osobe, ako snose dio troškova, racionalnije koristiti resursima zdravstvenih sustava, odnosno da će se zdravstvenom zaštitom koristiti samo kada je to nužno, čime će se izbjeći “moralni hazard”.³⁸ No, osim tog postavljenog pozitivnog učinka postoji i onaj društveno rizičniji. Naime, u sudjelovanju u troškovima zdravstvene zaštite krije se zamka: siromašnije osigurane osobe obveznog osiguranja ponekad mogu doživjeti katastrofični financijski rizik odnosno rizik katastrofičnog financijskog gubitka time što će se

³⁴ Koji proizlazi iz činjenice da premije ne odgovaraju rizičnosti i osiguranim pravima.

³⁵ Taj će gubitak privatni osiguravatelji prihvatiti ako uz njega mogu izvući barem marginalno veću dobit u nekom drugom segmentu poslovanja (pa će dopunsko zdravstveno osiguranje nuditi u kombinaciji s nekim drugim proizvodom), a također će na taj gubitak nastojati utjecati i određenom vrstom “obmane” osiguranih osoba, ovo na način da ih neće posve i transparentno upoznati s uvjetima osiguranja koji će uključivati određena ograničenja prava ili načina njihova ostvarivanja u odnosu na dopunsko zdravstveno osiguranje kojega je nositelj javni zdravstveni osiguravatelj.

³⁶ Mossialos, Thompson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 137; Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 54.

³⁷ Pieters, D., *Navigating Social Security Options*, Palgrave Macmillan, Cham, 2019., str. 90.

³⁸ Thomson *et al.*, *op. cit.* u bilj. 23, str. 45; Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *op. cit.* u bilj. 27, str. 56; Robinson, R., *User Charges for Health Care*, u: Mossialos, E. *et al.* (ur.), *Funding Health Care: Options for Europe*, *op. cit.* u bilj. 14, str. 163; Mijatović, N., *Sustav socijalnog osiguranja i problemi njegova financiranja*, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, vol. 56, br. 5, 2006., str. 1622. Vidi i: Dixon, A.; Langenbrunner, J.; Mossialos, E., *Financing the Challenges of Health Care Financing*, u: Figueras, J. *et al.* (ur.), *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004., str. 53.

koristiti zdravstvenom zaštitom, a što bi bilo uzrokovano troškovima nastalima sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite. Tu se zbog toga za njih nameće izbor između osiromašenja ili nekorištenja zdravstvenom zaštitom, čime se dokida smisao i samog obveznog zdravstvenog osiguranja. Posljedično se konstruira dopunsko zdravstveno osiguranje sa socijalnim ciljem zaštite opisanih društvenih skupina i stanovništva – za njih je teret ovoga osiguranja niži od rizika potencijalnih zdravstvenih troškova.³⁹ Štoviše, određene se kategorije može osiguravati i na teret javnih odnosno proračunskih sredstava – tako i u odredbi članka 14.a ZDS-a.

Međutim, iz gornjega ponovno slijedi negativna posljedica: uporabom dopunskog zdravstvenog osiguranja osigurane osobe više ne uočavaju negativne posljedice sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite te se ne samoograničavaju, ponašaju se kao da sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite nema, ne suzdržavaju se u pristupu javnom zdravstvenom sustavu te stvaraju troškove kojima narušavaju i financijsku održivost i učinkovitost, ali i pravičnost sustava.⁴⁰ To, naravno, pod uvjetom da ne postoji granica iznosa kojim se može koristiti. Ukratko, sada se dokida smisao instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Riječ je, pojednostavnjeno, o suboptimalnom izboru između rizika siromaštva i rizika povećanja zdravstvene potrošnje.⁴¹

2.4.2. Tržišni učinci

Učinci dopunskog zdravstvenog osiguranja svode se na prikupljanje dodatnih sredstava za javni zdravstveni sustav, prije svega za pokriće tekućih troškova toga sustava, potom i za investicijsko financiranje.⁴² To, naravno, nije primarni učinak dopunskog zdravstvenog osiguranja već sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, koje ovo osiguranje zamjenjuje jer se tu dopunsko osiguranje samo nalazi u položaju platca.

Tržišni kapacitet i utemeljenost dopunskog zdravstvenog osiguranja, unatoč činjenici njegove objašnjene kvaziobveznosti te i razmjerno širokog obuhvata osiguranih osoba, u Europi nisu veliki. To stoga što je zapravo riječ o takvom zdravstvenom osiguranju u kojem, kao i kod obveznog zdravstvenog osiguranja, nema prostora za ostvarivanje velike dobiti. To i nije usmjerenje ovoga

³⁹ Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *op. cit.* u bilj. 27, str. 60.

⁴⁰ Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *op. cit.* u bilj. 27, str. 59 – 60.

⁴¹ Martin, Del Sol, *op. cit.* u bilj. 14, str. 118.

⁴² Ovo je tipično primjerice za Sloveniju i Francusku. Vidi: Thomson *et al.*, *op. cit.* u bilj. 23, str. 62.

osiguranja⁴³, već se troškovima sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, koje ovo osiguranje nadomješta, nastoji postići demotiviranje (neracionalnog) korištenja zdravstvenom zaštitom te motiviranje racionalne skrbi za vlastito zdravstveno stanje i zdravlje^{44, 45}.

U Europi sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite, koje se snosi putem dopunskog osiguranja, nosi udio od oko pet posto sredstava zdravstvenog sustava, a nešto više ako se u obzir uzme javni zdravstveni sustav. Iznimke su Francuska, od država Zapadne Europe, kao i gotovo sve bivše socijalističke države Srednje i Istočne Europe, u kojima je udio veći. Tako se u Francuskoj oko deset posto sredstava zdravstvenog sustava prikupi ovim osiguranjem.⁴⁶ Razlog za ovaj nerazmjer leži u tome što su te države, zbog velikog duga javnog zdravstvenog sustava, reformiranjem toga sustava uvele znatno sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite, a onda uz to i dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopunsko zdravstveno osiguranje.⁴⁷ Pritisnuti rizikom financijskog bremena koji bi kod korištenja zdravstvenom zaštitom zbog sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite mogao nastati, a koji bi po obilježjima mogao sličiti katastrofičnom financijskom riziku odnosno riziku katastrofičnog financijskog gubitka uzrokovanog zdravstvenim troškovima nastalima sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite, građani su izabrali alternativu i te troškove izbjeгли

⁴³ Dopunsko zdravstveno osiguranje, kao dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje služi zaštiti određenih društvenih skupina, ostvaruje socijalnu svrhu te implicira razinu "socijalnosti" kojom se ono može identificirati s određenim obilježjima socijalnog zdravstvenog osiguranja. Vidi: Mossialos, Thomson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 129.

⁴⁴ Smisao sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, primarno, nije u financiranju zdravstvenog sustava u uistinu relevantnom dijelu, naprotiv, često su troškovi naplate ovih sredstava znatni u odnosu na ukupno prikupljena sredstva pa nema posebnog učinka u pogledu financiranja zdravstvenih sustava, već se sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite rabi kao "sredstvo odvratanja", ostvarenje ideje da će korisnici zdravstvene zaštite, ako snose dio troškova, racionalnije koristiti resursima zdravstvenih sustava, odnosno koristiti se njima samo kada je to zaista nužno.

⁴⁵ Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *op. cit.* u bilj. 27, str. 58.

⁴⁶ Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *op. cit.* u bilj. 27, str. 58. Suprotno: Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 58.

⁴⁷ Za razliku od Francuske i bivših socijalističkih država Srednje i Istočne Europe, u kojima je obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite ili univerzalna u pogledu korisnika zdravstvene zaštite, ili je univerzalna u pogledu zdravstvene zaštite u pogledu koje se primjenjuje, a najčešće oboje, u većini je drugih europskih država sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite ili selektivno (u vezi sa zdravstvenom zaštitom koja nije nužna), ili ograničeno na godišnjoj razini, ili te države uopće ne predviđaju dopunsko zdravstveno osiguranje znajući da to osiguranje neće biti tržišno održivo, a narušit će smisao sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Vidi i: Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 54.

dopunskim zdravstvenim osiguravanjem.

U Hrvatskoj su prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a osnovom uplaćenih premija potkraj 2021. godine bili oko 1.430.000.000,00 HRK, što treba uvećati za 552.000.000,00 HRK koliko su prihodi od Državnog proračuna za osobe za koje Državni proračun snosi troškove premije dopunskog zdravstvenog osiguranja. To je ukupan iznos premije od više od 1,982 milijarde HRK. Rashodi za zdravstvenu zaštitu dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a iznosili su 1.704.766.437,00 HRK. Sveukupno je višak prihoda nad rashodima bio 221.619.014,00 HRK.⁴⁸

Udio privatnih zdravstvenih osiguravatelja znatno je manji, dopunsko zdravstveno osiguranje sudjeluje s približno 67% u ukupno naplaćenju premiji koja je u 2021. godini iznosila 704.436.000,00 HRK, što iznosi oko 471.000.000,00 HRK za dopunsko zdravstveno osiguranje.⁴⁹ Time je ukupni iznos premije dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a i privatnih zdravstvenih osiguravatelja oko 2,45 milijarda HRK.

Uz gore navedene brojke ovo se dopunsko osiguranje može kvantificirati i podatkom kako je u razdoblju od siječnja do prosinca 2021. godine zaključeno ukupno 2 367 048 polica dopunskog zdravstvenog osiguranja, od čega je 607 246 osiguranika ispunjavalo uvjete da im se polica plaća na teret Državnog proračuna, dok je njih 1 759 802 policu dopunskog zdravstvenog osiguranja plaćalo samo.⁵⁰ Broj ukupno osiguranih je u laganom padu posljednjih godina, što se može objasniti demografskim razlozima, dok se povećanjem imovinskog cenzusa za oslobođenje od plaćanja dopunskog zdravstvenog osiguranja povećao broj polica na teret proračuna, i time smanjio broj osiguranika koji sami plaćaju policu.⁵¹

2.5. Načini financiranja

Financiranje dopunskog zdravstvenog osiguranja odgovara općenitim elementima financiranja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, uz određene specifičnosti, a koji u ključnom počinjaju na diferenciranju od obveznog zdravstve-

⁴⁸ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu*, Zagreb, 2022., str. 14.

⁴⁹ Hrvatski ured za osiguranje, *2021. Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj*, Zagreb, 2022., str. 46.

⁵⁰ Važećih polica je u dopunskom zdravstvenom osiguranju na dan 31. prosinca 2021. godine 2 226 170, od toga 1 672 714 osoba same plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja, a za 553 456 osiguranika polica je na teret Državnog proračuna.

⁵¹ *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu*, op. cit. u bilj. 48, str. 9.

nog osiguranja. Naime, iako u oba slučaja imamo odnose osiguranja, postoji razlikovanje koje se očituje u izostanku socijalnih obilježja, *ultima ratio*, i socijalnih aspekata, kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zbog nesocijalnog ugovornog utemeljenja rizika⁵² te privatno-pravnog obilježja premija^{53, 54}

Izvor financiranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja premijski je, a u financiranju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ulogu može imati i država koja poreznim olakšicama i oslobođenjima te poticajima može alimentirati dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ne s ciljem potenciranja ili dostizanja održivosti, već u svrhu promicanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁵⁵

Dok su u obveznom zdravstvenom osiguranju doprinosi neovisni o zdravstvenom socijalnom riziku odnosno aktuarskoj matematici procjene vjerojatnosti ostvarenja osiguranog slučaja te su izraz ukupnog pokrivača troškova zdravstvenog sustava podijeljenih među osiguranicima, ovo na način da se po određenoj stopi oni čine razmjernima, ili barem djelomično razmjernima, iznosu plaće odnosno dohotka, iz rada⁵⁶, premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osnivaju se na procjeni vjerojatnosti nastupa rizika, koja se koristi metodom aktuarske matematike da na temelju statističke učestalosti pojavnosti izračuna vjerojatnost, odnosno predvidi izvjesnost, nastupa osiguranog slučaja.⁵⁷ Osnova koja se uzima u obzir u izračunu vjerojatnosti, odnosno predviđanju izvjesnosti, nastupa osiguranog slučaja može biti izračun za pojedinca, njegova indivi-

⁵² Dakle, rizik se individualno ugovara i evaluira.

⁵³ Premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osnivaju se na procjeni vjerojatnosti nastupa rizika, za pojedinca, za geografski ili na neki drugi način određene skupine, dok je kod socijalnog zdravstvenog osiguranja doprinos izvedenica iz plaće, a ne iz rizika. Vidi: Thomson *et al.*, *op. cit.* u bilj. 23, str. 28.

Doprinosi socijalnog zdravstvenog osiguranja izražavaju svoju socijalnu svrhu s obzirom na obveznost te ih djelomično snosi i država, a kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja država, kada se koristi mogućnošću intervencije, to ne čini putem načela solidarnosti, već snošenjem cijelog troška osiguranja ili njegova dijela.

⁵⁴ Mossialos, E.; Dixon, A., *Funding Health Care: An Introduction*, u: Mossialos, E. *et al.* (ur.), *Funding Health Care: Options for Europe*, *op. cit.* u bilj. 14, str. 5. Vidi i: Daniels, J., *Health Insurance: More Than Just a Question of Money – The Vision of a Private Insurer*, u: *Proceedings of the Vth World Congress of International Society for Labor Law and Social Security*, International Society for Labor Law and Social Security, Brussels, 1993., str. 181 – 182.

⁵⁵ Ovisno o procjeni društvene potrebe, društvo i država mogu, putem poreznih olakšica i oslobođenja te poticaja, djelovati u svrhu promicanja, stimuliranja, ili čak destimuliranja, dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Vidi: Mossialos, Dixon, *op. cit.* u bilj. 54, str. 5.

⁵⁶ Mijatović, *op. cit.* u bilj. 38, 1633.

⁵⁷ Sagan, A.; Thomson, S. (ur.), *Voluntary Health Insurance in Europe: Country Experience*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016., str. 88.

dualnog rizika⁵⁸, može se poopćiti za geografski markirano stanovništvo, ili za na neki drugi način određenu skupinu⁵⁹. U tom pogledu premija nije izvedenica iz plaće, već iz rizika.

Specifičnost premija dopunskog zdravstvenog osiguranja, osim izračuna vjerojatnosti, odnosno predviđanja izvjesnosti nastupa osiguranog slučaja, počiva na svezi odnosno koordiniranosti s obveznim zdravstvenim osiguranjem, činjenici da se dopunsko zdravstveno osiguranje definira u odnosu na nedostajuće, točnije, ograničenje prava, kod obveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu prava i razine pokrića prava koje osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja imaju u okviru javnog zdravstvenog sustava. Stoga kod dopunskog zdravstvenog osiguranja, osobito ako ga provodi nositelj obveznog zdravstvenog osiguranja, može postojati neki obvezujući način, primjerice zakonom, određivanja iznosa premije.⁶⁰ Tako u Hrvatskoj, prema odredbi članka 14. stavka 2. ZDS-a HZZO određuje cijenu premije s obzirom na pokriće, prihodovni cenzus osiguranika i status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Takvo određivanje, naravno, neizravno utječe i na premije privatnih osiguravatelja: tako iako u nas oni u obzir uzimaju samo pokrića, određivanje premija od strane HZZO-a prejudicira ishod koštanja i privatnih osiguravatelja, s osnove konkurentnosti.

Također, činjenica da dopunsko zdravstveno osiguranje korigira prava i razine pokrića prava ograničenih u obveznom zdravstvenom osiguranju, unatoč načelnoj potpunoj slobodi za nositelja toga osiguranja da odredi iznos premije,

⁵⁸ Ako se izračunu vjerojatnosti pristupi s razine pojedinca, tada se vjerojatnost izračunava, odnosno izvjesnosti nastupa osiguranog slučaja predviđa, s obzirom na različite čimbenike, primjerice dob, spol, zvanje i zanimanje, obiteljsku anamnezu, dotadašnje korištenje zdravstvenim uslugama i sl., koji se tiču konkretne osobe i samo na nju primjenjuju. Vidi: Mossialos, Thomson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 5.

Ovdje valja napomenuti kako se, bez obzira na elemente individualizacije vjerojatnosti odnosno izvjesnosti nastupa osiguranog slučaja, najčešće u obzir uzimaju samo čimbenici dobi i individualne anamneze. Vidi: Thomson *et al.*, *op. cit.* u bilj. 23, str. 88.

⁵⁹ Ako se izračunu vjerojatnosti pristupi s osnove geografski ili na neki drugi način određene skupine, tada se za sve pripadnike skupine, vezane uz određeno geografsko područje ili jedinicu, ili koji primjerice rade kod istog poslodavca i sl., izračunava jedinstvena osnova vjerojatnosti, odnosno predviđa izvjesnosti nastupa osiguranog slučaja za sve njih, uzimajući u obzir njihova skupna obilježja, koja se potom primjenjuje na sve njih. Vidi: Mossialos, Thomson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 141.

U navedenom slučaju dolazi do solidarizacije svih osiguranih osoba, a ta činjenica implicira da će tako izračunata jedinstvena osnova vjerojatnosti, odnosno predviđena izvjesnosti nastupa osiguranog slučaja dovesti do umanjenja cijene dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Vidi: Daniels, *op. cit.* u bilj. 54, str. 181; Thomson *et al.*, *op. cit.* u bilj. 23, str. 88.

⁶⁰ Mossialos, Thomson, *op. cit.* u bilj. 14, str. 141.

faktički vodi do toga da ta ograničenja utječu na iznose premija jer utječu i na sadržaj prava.

III. MOGUĆI SCENARIJI RAZVITKA DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA U HRVATSKOJ

S obzirom na rast troškova zdravstvenog sustava, demografska i epidemiološka kretanja, elementi financiranja zdravstva podložni su trajnom evaluiranju. To osobito uzevši u obzir da se dopunsko zdravstveno osiguranje od uređenja 2006. godine nije znatnije mijenjalo. Tu je činjenicu uvažio i planski dokument Vlade Republike Hrvatske iz 2021. godine, Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Njime se definira potreba izradbe strateškog okvira za održivo financiranje zdravstva temeljeno na tome da "Postojeći sustav financiranja nije niti kratkoročno niti dugoročno održiv. Naime sustav zdravstvenog osiguranja strukturiran kroz (i) obvezno; (ii) dopunsko te (iii) dodatno osiguranje nije od svog postavljanja unaprijeđen u smislu definiranja kriterija i prava."⁶¹ Citirano podrazumijeva da se kontinuirano promišlja daljnje unaprijeđenje dopunskih osiguranja. Slijedom toga potrebno je postaviti i razmotriti scenarije razvitka dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj radi njihova evaluiranja i moguće primjene.

Četiri su meni pojmjljiva moguća scenarija: *status quo ante*, djelovanje po parametrima sustava, potom paradigmataska promjena izdvajanjem dopunskog osiguranja iz okvira HZZO-a te ukidanje potrebe za dopunskim osiguranjem koje bi slijedilo iz ukidanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.

3.1. *Status quo ante*

Jedan od mogućih pristupa jest izostanak bilo kakvih promjena u pogledu uređenja i provedbe dopunskog zdravstvenog osiguranja. Naravno, prethodno navedena činjenica da je višak prihoda nad rashodima primjerice 2021. godine bio 221.619.014,00 HRK može poslužiti i kao opravdanje takvog pristupa. Naravno, i sam element socijalnoga u ovom dobrovoljnom osiguranju implicira političku inertnost za promjene koje bi mogle politički štetiti.

Ono što, međutim, valja navesti jest kako samo postojeće uređenje ZDS-a u odredbi članka 14.b. sadržava promjenjivi prihodovni cenzus kao i način njegova usklađivanja, dakle, promjene su neumitne i bez namjere.⁶²

⁶¹ Vlada Republike Hrvatske, *Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine*, Zagreb, 2021., str. 40 – 41.

⁶² Donošenjem Zakona o izmjeni Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

3.2. Parametarska reforma

Reformiranje dopunskog zdravstvenog osiguranja na način da struktura opstane, no da se djeluje na određene parametre u istom, predstavlja pristup promjenama koji bi bio "minimalno invazivan". Naravno, najveći prostor djelovanja jest izvan samog dopunskog zdravstvenog osiguranja, u sudjelovanju u troškovima zdravstvene zaštite i lijekova. Ono što bi se tu moglo mijenjati jest iznos pojedinog sudjelovanja u troškovima te povećanje maksimalnog iznosa sudjelovanja po računu koji trenutačno iznosi 2.500,00 HRK⁶³, eventualno čak i ukidanje navedenog maksimalnog iznosa. To bi djelovalo na iznos individualne premije dopunskog zdravstvenog osiguranja, a vjerojatno i na ukupan iznos premija zbog povećanja broja osiguranika. Posljedica promjene parametara na strani sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i lijekova osim u premijama bila bi i u rastu šteta.

Činjenica da bi rasle premije, individualne i ukupne, vjerojatno bi za posljedicu imala i rast interesa privatnih osiguravatelja za dopunsko zdravstveno osiguranje, s obzirom na to da bi zbog navedenog rasta bio otvoren prostor za približavanje iznosa njihove premije onomu dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a: otvorio bi se prostor za veću profitabilnost uz premiju cjenovno sličniju onoj dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a, što bi motiviralo i građane na osiguranje kod privatnih osiguravatelja i privatno osiguranje da znatnije konkurira na tržištu. To bi se osobito potvrdilo da znatnije poskupi premija dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a.

Zamisliv je još jedan financijski parametarski pristup, da se smanji pokriće dopunskim zdravstvenim osiguranjem na iznos niži od punog iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i lijekova. No, on bi samo potencirao dodatno izravno plaćanje i djelovao na prihode sustava, uz istodobno narušavanje socijalne komponente i obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Konačno, parametarska promjena mogla bi biti i ona koja postoji u nekim državama: da su određene usluge zdravstvene zaštite i lijekovi u cijelosti isključeni iz dijapazona obveznog zdravstvenog osiguranja te da se pokrivaju u

(Zakon o izmjeni Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 23/2023) dana 17. veljače 2023. godine, kao i Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 33/2023) dana 17. ožujka 2023. godine već je došlo do promjene u odnosu na postojeću situaciju.

⁶³ Iznos od 2.000,00 HRK povišen je na 2.500,00 HRK Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju dana 17. ožujka 2023. godine.

cijelosti ili do nekog iznosa dopunskim zdravstvenom osiguranjem. Tako se primjerice u nekim državama pristupa dentalnoj zdravstvenoj zaštiti, fizioterapiji, a i nekim alternativnim pristupima liječenju. Na taj bi se način sistemski moglo isključiti određene nenužne i neučinkovite usluge ili cjelokupna područja usluga iz javnog pokrića, a novac usmjeriti u održivost zdravstvenog sustava. To, naravno, s obzirom na aktualnu situaciju implicira znatne političke, moguće i etičke i tehničke poteškoće u provedbi.⁶⁴

Djelovanje na parametre sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i dopunskog zdravstvenog osiguranja imalo bi, svakako, financijske učinke, što bi značilo dodatni prihod u javni zdravstveni sustav. Istodobno takav samo financijama motiviran pristup imao bi negativan učinak u odnosu na socijalni ishod dopunskog zdravstvenog osiguranja te bi nerazmjerno pogodio osobe nižeg socijalnog statusa, apostrofirajući određenu razinu katastrofičnosti rizika. Naravno, to bi potom impliciralo reakciju u pogledu državnog subvencioniranja ovog osiguranja za neke kategorije ili određivanje premija dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a na način da im privatni osiguravatelji ne mogu konkurirati. Ukratko, to bi perpetuiralo postojeće stanje, čak i dominaciju dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a, na razini viših premija za one koji sami snose trošak dopunskog zdravstvenog osiguranja. Navedeno, stoga, ako bi ciljalo isključivo na povećanje prihoda, ne bi imalo sustavni značaj, osobito u svjetlu činjenica da i uz postojeće parametre sustav ostvaraje znatno veće prihode nad rashodima.

S druge strane, ako bi se djelovalo na način da se neke usluge uopće isključuju iz obveznog zdravstvenog osiguranja te da se diferenciraju usluge javnog sustava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, to bi moglo imati određene pozitivne sistemske učinke, ne samo financijske.

Valja reći kako za parametarsko djelovanje postoji i sasvim neovisan razlog za povećanje iznosa i jediničnih cijena medicinskih usluga kod provoditelja zdravstvene zaštite – inflatorni pritisak.⁶⁵

3.3. Orijentacija na privatne osiguravatelje

U postojećem uređenju većina privatnih osiguravatelja dopunsko zdravstveno osiguranje kombinira s dodatnim zdravstvenim osiguranjem jer u dopunskom nisu konkurentni premijama HZZO-a.⁶⁶ No i uz takav pristup, prema po-

⁶⁴ Sagan *et al.*, *op. cit.* u bilj. 24, str. 39.

⁶⁵ 2021. *Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj*, *op. cit.* u bilj. 49, str. 46.

⁶⁶ Stoga dopunsko zdravstveno osiguranje nude uz sistematske preglede ili osiguravanje zdravstvenih usluga u privatnom sustavu, samostalno gotovo uopće ne.

datcima Hrvatskog ureda za osiguranje, privatni su osiguravatelji znatno manje uključeni u dopunsko zdravstveno osiguranje, na razini trećine ukupnog tržišta dopunskog zdravstvenog osiguranja, po mojoj procjeni i manje.

Smatram kako bi, ako je već definiran sadržaj prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, kao i ostvarivanje tog prava uz sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite i lijekovima, uloga HZZO-a na tome trebala stati, a da bi provedba dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, kao nesocijalnih, trebala biti djelovanje privatnih osiguravatelja. Ako bi tu javni osiguravatelj ipak sudjelovao, to bi trebalo ostvarivati isključivo putem zasebne pravne osobe te tako jamčiti da ne ostvaruje pogodnosti kao javni socijalni osiguravatelj.⁶⁷

Orijentacija na privatne osiguravatelje ne bi nužno trebala voditi tomu da se kod dopunskog zdravstvenog osiguranja premija u cijelosti osniva na vjerojatnosti nastupa rizika, bez intervencija poput one da, prema odredbi članka 14. stavka 2. ZDS-a, HZZO određuje cijenu premije s obzirom na pokriće, prihodovni cenzus osiguranika i status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. No, i to je zamislivo. Alternativan pristup potonjem bio bi da se i privatnim osiguravateljima omogući status kao kod dopunskog osiguranja HZZO-a, tako primjerice da se osobe za koje se dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva iz Državnog proračuna raspoređuju razmjerno i privatnim osiguravateljima. Oslanjanjem isključivo na privatne osiguravatelje, ili subvencioniranjem i privatnih osiguravatelja kako je opisano, razvijalo bi se tržište privatnih osiguravatelja zdravstvenog osiguranja, a također ojačalo pritisak na financijsku održivost javnog zdravstvenog sustava te rezultate HZZO-a kao javnog osiguravatelja.

Posljedično navedenomu, mogla bi se očekivati situacija kakva je danas u Sloveniji, da tri osiguravatelja – dva privatna i jedan javni – nude dopunsko zdravstveno osiguranje po uvjetima koji se u premijama razlikuju u manje od pet posto. Da, javno je zdravstveno osiguranje u tržišnom udjelu dominantno, no ni približno na način kako je to HZZO-a u nas.

⁶⁷ Pichler, D., *Privatno zdravstveno osiguranje u sustavu zdravstvenog osiguranja (doktorska disertacija)*, Zagreb, 2013., str. 327.

3.4. Ukidanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i dopunskog zdravstvenog osiguranja

Najradikalniji pristup mogao bi se svesti na ukidanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i, posljedično, potrebe za dopunskim zdravstvenim osiguranjem u Hrvatskoj.

Naime, sama ideja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i dopunskog zdravstvenog osiguranja danas se više ne percipira ni približno važnom ili prihvatljivom za jednostavno rješenje problema javnog zdravstvenog sustava ili obveznog zdravstvenog osiguranja. Ona jest način umanjivanja rashoda obveznog zdravstvenog osiguranja te pribavljanja dodatnih prihoda za javni zdravstveni sustav, no vidljivo je da samo dopunsko osiguranje postoji u sivoj zoni između obveznog zdravstvenog osiguranja i drugih dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, da ono narušava ostvarenje načela dobrovoljnosti i uzajamnosti tog osiguranja, ali i da razgrađuje postignuća uvođenja mehanizma sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Na taj način ovo dobrovoljno zdravstveno osiguranje od rješenja ili dijela rješenja problema javnog zdravstvenog sustava i obveznog zdravstvenog osiguranja postaje dijelom problema koji se, za sada, može rješavati ili ukidanjem normativnog uređenja toga osiguranja ili potpunim prepuštanjem privatnim osigurateljima. To se u biti svodi na isto, s obzirom na to da u prvom slučaju njegovu ulogu preuzima dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dodatno zdravstveno osiguranje.⁶⁸

Važno je istaknuti još jednu posljedicu: konceptijski sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite i dopunskog zdravstvenog osiguranja ne smanjuje ukupnu zdravstvenu potrošnju već ju, eventualno, samo odgađa, no kada postane nužna zbog pogoršanog zdravstvenog stanja, može biti bitno složenija i skuplja, što je na taj način kontraintuitivno svrsi.⁶⁹ To nije ni humano ni socijalno prihvatljivo jer ugrožava ljudske živote, a može uz odgodu potencirati i povećane pojedinačne troškove. Slijedom toga u više se država promišljalo o ukidanju dopunskog zdravstvenog osiguranja, ali i o sudjelovanju u troškovima zdravstvene zaštite, tako primjerice u Sloveniji.⁷⁰

⁶⁸ Strban, *op. cit.* u bilj. 8, str. 54.

Povezanost problema dopunskog zdravstvenog osiguranja s problemima nesukladnosti sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite sa smislom i počelima socijalnog zdravstvenog osiguranja također predstavlja dimenziju toga problema. Vidi i: Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *op. cit.* u bilj. 27, str. 60 – 61, 76 – 77.

⁶⁹ Pieters, *op. cit.* u bilj. 37, str. 95 – 96.

⁷⁰ Sagan *et al.*, *op. cit.* u bilj. 24, str. 97.

Konačno, ako pođemo od ukupnog iznosa premije dopunskih zdravstvenih osiguranja od približno 1,9 milijarda HRK, to je, preračunato u iznose prikupljene doprinosima obveznog zdravstvenog osiguranja manje od 1,5 postotnih poena doprinosa. Naime, za 2021. godinu jedan postotni poen tih doprinosa ekvivalent je HRK 1,416 milijarda HRK.⁷¹ Dakle, 1,5 postotnih poena doprinosa nadomjestilo bi i premije dopunskih osiguranja, u kojima je izražena i dobit prihoda nad rashodima, a i izravne uplate sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i lijekova iz džepa osiguranika. Istom bi se umanjili troškovi administriranja provedbe koju dopunska zdravstvena osiguranja zahtijevaju. Kako premije dopunskog zdravstvenog osiguranja uplaćuju u najvećem dijelu osobe koje su zaposlene, tako se plaćanjem doprinosa ne bi promijenio platac istih.

S obzirom na iznos prosječne plaće u nas, primjerice u 2021. godini 9.599,00 HRK, iznos od 1,5 postotnih poena može se prevesti u iznos od približno 144,00 HRK, tj. 1.728,00 HRK godišnje, a što je dva puta više u odnosu na iznos premije dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a od 844,00 HRK, ali nije i neočekivano, odnosno za zaposlene neprihvatljivo, ako se uzme u obzir zaposlenost i broj umirovljenika u Hrvatskoj. Naravno, nije manje važno i to da bi doprinosnim financiranjem bio zadovoljen kriterij socijalnosti, a također i učinkovitosti. Zanimljivo je kako navedeno do sada politički akteri nisu predlagali, bez obzira na moguću demagošku privlačnost ideje.

IV. ZAKLJUČAK

U uvjetima starenja stanovništva, što samo po sebi nosi epidemiološke posljedice, nadalje slijedom kontinuiranog rasta troškova zdravstvenog sustava, a u posljednjih godinu dana i inflatornih pritisaka, načini financijskog podupiranja javnih sustava, tako i zdravstvenog, zahtijevaju trajno promišljanje. Već višekratno javno najavljena povećanja iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite te cijena medicinskih usluga u dodatnom zdravstvenom osiguranju, s posljedičnim rastom i premije dopunskog zdravstvenog osiguranja, apostrofiraju potrebu promišljanja tih instituta i razmatranja je li djelovanje na prihodovnu stranu javnog zdravstvenog sustava i putem dopunskog zdravstvenog osiguranja jedini moguć pristup te je li uopće pristup dopunskom zdravstvenom osiguranju kao društvenom institucionalnom uređenju širenja pristupa zdravstvenoj zaštiti, kao scenarij održivih javnih zdravstvenih sustava,

⁷¹ Tako je u 2021. godini od doprinosa prikupljeno 23.362.833.003,00 HRK. Prema: *Izveštće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu, op. cit. u bilj. 48, str. 7.*

odnosno iznalaženja načina za pokriće rashoda javnog zdravstva bez osiguranja javnih sredstava za to, a kako se to dogodilo u nas, društveno smislen i prihvatljiv.

Ovim je radom analizirano dopunsko zdravstveno osiguranje, u Hrvatskoj i u usporedbi prema okviru zdravstvenih sustava ponajprije socijalnog zdravstvenog osiguranja. Također, razmatrao se mogući budući okvir odnosa prema dopunskom zdravstvenom osiguranju u nacionalnom javnom zdravstvenom sustavu te su postavljeni vektori mogućih promjena slijedom uloga i obilježja dopunskog zdravstvenog osiguranja u usporedbi s usporednopravnim sustavnim rješenjima.

Zaključne primjedbe u pogledu ovog rada mogu se svesti na to kako je uloga dopunskog zdravstvenog osiguranja postavljena u skladu s postavkama koje su utvrđive u nacionalnim sustavima u Europi. Ono što je hrvatski specifikum jest izrazito javni, etatistički, pristup koji znatno preferira nacionalnog javnog socijalnog osiguravatelja, što je posljedica duboko politiziranog pristupa hrvatskom zdravstvu koje se usmjerava populističkom cilju zadovoljenja najvećeg mogućeg kruga individualnih interesa, što osporava prostor za ozbiljnije promjene. U tom smislu i dopunsko zdravstveno osiguranje ponajprije služi osiguranju pokrića rashoda javnog zdravstvenog sustava, kako se on sadržajno u uslugama ne bi trebao sužavati ili se povećavati javna sredstva za njega. Međutim, valja osvijestiti kako ovakav pristup otvara važnu temu: interesi ostvareni dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, tako i dopunskim, mogu sužavati opseg pokrića i prava koja bi bila javno financirana. Štoviše, mogu odgoditi ili osporiti javne rasprave o promjenama, a još više poduprijeti oportunitizam političkih aktera inkliniranih prema izbjegavanju promjena, da ne mijenjaju zatečeno stanje, da ne uspostavljaju sustav odgovornosti u javnom sustavu prema univerzalnom zdravstvenom pokriću i osoba i rizika.

Najvažniji je dio ovog rada postavljanje četiriju mogućih scenarija za promišljanje budućnosti dopunskog zdravstvenog osiguranja. Iako bih se osobno u najvećoj mjeri zauzimao za posljednji, najradikalniji, scenarij ukidanja sudjelovanja u troškovima i dopunskog zdravstvenog osiguranja, kao intelektualno i sustavno najjasniji, a socijalno najprepoznatljiviji, svijest o političkim i društvenim argumentima govori u prilog društveno, ekonomski i politički odgovornom razmatranju svih mogućih smjerova promjena, što bi zahtijevalo detaljiziranje svih ovdje navedenih rješenja s prikazom više indikatora i predstavljanjem stavova svih zainteresiranih aktera. U tom je smislu ovaj rad ponajprije putokaz mogućih rješenja i deskripcija obrazaca prema kojima bi se trebala voditi rasprava, koju bi u okviru promišljanja promjena trebao otvoriti zakonodavac.

BIBLIOGRAFIJA

- Barr, N., *The Welfare State as Piggy Bank – Information, Risk, Uncertainty and the Role of the State*, Oxford University Press, Oxford, New York, 2001.
- Benoît, C. et al. (ur.), *Private Health Insurance and the European Union*, Palgrave Macmillan, Cham, 2021.
- Figueras, J. et al. (ur.), *Health Systems in Transition: Learning from Experience*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- Foubister, T. et al., *Private Medical Insurance in the United Kingdom*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.
- Goodwin, N.; Gruen, R.; Iles, V., *Managing Health Services*, Open University Press, Maidenhead, 2006.
- Gotovac, V., *Zdravstveno osiguranje – socijalni aspekti (doktorska disertacija)*, Zagreb, 2010.
- Hrvatski ured za osiguranje, 2021. *Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj*, Zagreb, 2022.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu*, Zagreb, 2022.
- Langenbrunner, J. C., *Supplemental Health Insurance: Did Croatia Miss an Opportunity?*, Croatian Medical Journal, vol. 43, br. 4, 2002.
- Mijatović, N., *Sustav socijalnog osiguranja i problemi njegova financiranja*, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, vol. 56, br. 5, 2006., str. 1607 – 1648.
- Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, *Pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost – Zdravstvena reforma – Osnutek*, Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, Ljubljana, 2003.
- Mossialos, E. et al. (ur.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 2002.
- Pichler, D., *Privatno zdravstveno osiguranje u sustavu zdravstvenog osiguranja (doktorska disertacija)*, Zagreb, 2013.
- Pieters, D., *A First Guide to Social Security (Syllabus Comparative Study of the Social Security Systems in Europe)*, Leuven, 1998.
- Pieters, D., *Navigating Social Security Options*, Palgrave Macmillan, Cham, 2019.
- Pieters, D., *Social Security: An Introduction to the Basic Principles*, Kluwer Law International, The Hague, 2006.
- Preker, A. S. et al. (ur.), *Global Marketplace for Private Health Insurance*, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, 2010.

- Preker, A. S. *et al.* (ur.), *Scaling Up Affordable Health Insurance – Staying the Course*, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, 2013.
- Proceedings of the Vth World Congress of International Society for Labor Law and Social Security*, International Society for Labor Law and Social Security, Brussels, 1993.
- Rechel, B. (ur.), *Organization and Financing of Public Health Services in Europe – Country Reports*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2018.
- Roemer, R., *Health Legislation as a Tool for Public Health and Health Policy*, International Digest of Health Legislation, vol. 49, br. 1, 1998.
- Sagan, A.; Thomson, S., *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016.
- Sagan, A.; Thomson, S. (ur.), *Voluntary Health Insurance in Europe: Country Experience*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016.
- Stoltzfus Jost, T., *Private or Public Approaches to Insuring the Uninsured: Lessons from International Experience with Private Insurance*, New York University Law Review, vol. 76, br. 2, 2001.
- Strban, G., *Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja*, Cankarjeva založba, Ljubljana, 2005.
- Thomson, S. *et al.* (ur.), *Private Health Insurance – History, Politics and Performance*, Cambridge University Press, Cambridge, 2020.
- Thomson, S.; Foubister, T.; Mossialos, E., *Financing Health Care in the European Union*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009.
- Vlada Republike Hrvatske, *Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine*, Zagreb, 2021.

Summary

Viktor Gotovac*

COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCE AND POSSIBLE SCENARIOS FOR ITS DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF CROATIA

Complementary health insurance is one of the three types of voluntary health insurance regulated by the Voluntary Health Insurance Act. It covers the cost of health care related to compulsory health insurance care in the part in which insured persons are obliged to participate in the cost of health care i. e. the price of pharmaceutical drugs. This type of insurance was introduced with the Health Insurance Act in 1993, conceptually enveloping complementary and supplementary voluntary health insurance of today, and in the period of almost thirty years it has hardly gone through any substantial changes. Following this period of application, this paper attempts to consider possible scenarios and directions of development of this type of insurance in the Republic of Croatia.

Keywords: health insurance; voluntary health insurance; complementary health insurance

* Viktor Gotovac, Ph. D., Associate Professor, Faculty of Law, University of Zagreb, Trg Republike Hrvatske 3, 10000 Zagreb; vgotovac@pravo.hr; ORCID ID: orcid.org/0009-0002-8442-7222