

**REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVLJA**

**PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA ZAKONA O DOBROVOLJNOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU,
S KONAČNIM PRIJEDLOGOM ZAKONA**

Zagreb, veljača 2015.

PRIJEDLOG ZAKONA O IZMJENAMA ZAKONA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

I. USTAVNA OSNOVA ZA DONOŠENJE ZAKONA

Ustavna osnova za donošenje Zakona o izmjenama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sadržana je u članku 2. stavku 4. podstavku 1. Ustava Republike Hrvatske („Narodne novine“, broj 85/2010 - pročišćeni tekst i 5/2014 - Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske).

II. OCJENA STANJA I OSNOVNA PITANJA KOJA SE UREĐUJU PREDLOŽENIM ZAKONOM TE POSLJEDICE KOJE ĆE DONOŠENJEM ZAKONA PROISTEĆI

Hrvatski sabor je u srpnju 2006. godine donio Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 85/2006), u prosincu 2008. godine Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 150/2008) te u svibnju 2010. godine Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 71/2010).

Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon) uređuju se vrste, uvjeti i način provođenja dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja. Jedna od vrsta dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja uređenih predmetnim Zakonom je i dopunsko zdravstveno osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u skladu s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

S tim u vezi, ovim zakonskim prijedlogom, a budući da Zakon nije do sada usklađen sa odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 80/2013 i 137/2013) usklađuju se njegove odredbe u dijelu koji se odnosi na pozivanje na pojedine članke Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je propisana obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

Pored navedenog ovim zakonskim prijedlogom predlažu se izmjene Zakona u dijelu kojim se uređuju kriteriji za određivanje cijena premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja kojeg provodi Zavod na način da se izjednači položaj Zavoda sa položajem drugih osiguravatelja koji provode poslove dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja te da na taj način svi osiguravatelji, uključujući i Zavod imaju istu poziciju glede određivanja cijena premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja prema svojim programima.

Naime, važeći Zakon kojim je način utvrđivanja cijene premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod drugačije uređen u odnosu na druge osiguravatelje rezultira time da Zavod nije konkurentan na tržištu niti je takav pristup ekonomski opravdan jer osobe mlađe životne dobi, radno aktivne na zdravstvenu zaštitu troše, u pravilu, manje od osoba starije životne dobi.

Analize potrošnje osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju, koje provodi Zavod, a koji plaćaju premiju dopunskoga zdravstvenog osiguranja (isključena je kategorija osiguranika za koje se sredstva za premiju izdvajaju iz državnog proračuna) za 2013. godinu i 10 mjeseci 2014. godine pokazuju da je potrošnja zdravstvene zaštite u dopunskom

zdravstvenom osiguranju za umirovljenike iznosila za 12 mjeseci 2013. godine 612.319.156,34 kuna, a za 10 mjeseci 2014. godine 487.483.177,34 kune. Za sve ostale osiguranike ti troškovi su za 12 mjeseci 2013. godinu iznosili 397.950.252,92 kuna, a za 10 mjeseci 2014. godine 317.111.006,42 kune.

Navedene analize pokazuju da je skupina osiguranika umirovljenika u 2013. godini kao i za 10. mjeseci 2014. godine potrošila gotovo duplo od ostalih skupina osiguranika.

Odredba članka 14. stavka 2. Zakona koja propisuje kriterije za utvrđivanje cijene premija dopunskoga zdravstvenog osiguranja odnosi se samo na Zavod koji je time stavljen u neravnopravan položaj u odnosu na druge osiguravatelje koji na tržištu osiguranja provode uslugu dopunskoga zdravstvenog osiguranja i mogu slobodno kreirati cijenu police vodeći se tržišnim mehanizmima temeljenim na aktuarskim izračunima.

Stoga, izmjenom članka 14. Zakona želi se postići veća stabilnost i ujednačen portfelj osiguranika dopunskoga zdravstvenog osiguranja u Zavodu te se želi omogućiti da Zavod može formirati cijenu police dopunskog zdravstvenog osiguranja vodeći se načelima ekonomičnosti, ali i solidarnosti, a da ujedno može poslovati na principima tržišnih mehanizama što je između ostaloga još jedan preduvjet uspješnog poslovanja Zavoda izvan državne riznice od 1. siječnja 2015. godine.

Kriteriji za određivanje cijene police bi trebali biti utvrđeni po načelu trošenja zdravstvene zaštite pri čemu bi se cijena trebala formirati konstantnim praćenjem potrošnje zdravstvene zaštite i određene premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja, uz uvažavanje načela ekonomičnosti i solidarnosti. Na taj način može se pravovremeno reagirati i sačuvati stabilnost zdravstvenog sustava, što je također preduvjet uspješnog poslovanja Zavoda izvan državne riznice od 1. siječnja 2015. godine.

Donošenjem predloženog Zakona Zavod bi sudjelovao kao ravnopravni sudionik u slobodnom tržišnom natjecanju s ostalim osiguravateljima u pružanju usluge dopunskoga zdravstvenog osiguranja.

Izmjena Zakona predlaže se u cilju postizanja financijske stabilnosti sustava dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja, prvenstveno sada kada Zavod posluje izvan sustava državne riznice, kao i radi poboljšanja položaja osiguranika u dopunskome zdravstvenome osiguranju koje provodi Zavod u ostvarivanju prava iz dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja koja su im zagarantirana Zakonom.

Donošenjem predloženog Zakona osigurati će se Zavodu da što prije pokrene odgovarajuće postupke sa ciljem konkurentnosti na tržištu dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja, što sada nije u mogućnosti, a što je, između ostaloga, još jedan preduvjet uspješnog poslovanja Zavoda izvan državne riznice od 1. siječnja 2015. godine te se posljedično očekuje i pozitivan utjecaj na financijsku stabilnost Zavoda kao i cjelovitog zdravstvenog sustava Republike Hrvatske.

III. OCJENA SREDSTAVA POTREBNIH ZA PROVEDBU PREDLOŽENOG ZAKONA

Za provođenje ovoga zakona nije potrebno osigurati dodatna financijska sredstva u državnom proračunu Republike Hrvatske.

IV. PRIJEDLOG ZA DONOŠENJE ZAKONA PO HITNOM POSTUPKU

Zbog nužnosti promptnog postizanja konkurentnosti Zavoda na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja te s tim u vezi financijske stabilnosti njegovog poslovanja nakon što je sa 1. siječnjem 2015. godine počeo poslovati izvan državne riznice, a što će ujedno utjecati i na poslovanje i financijsku stabilnost poslovanja zdravstvenog sustava u cjelini, predlaže se donošenje ovoga Zakona po hitnom postupku, u smislu odredbe članka 204. Poslovnika Hrvatskoga sabora.

**KONAČNI PRIJEDLOG ZAKONA
O IZMJENAMA ZAKONA O DOBROVOLJNOM
ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU**

Članak 1.

U Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, broj 85/2006, 150/2008 i 71/2010), članak 5. mijenja se i glasi:

"Dopunsko zdravstveno osiguranje jest osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 19. stavaka 3. i 4. i članka 20. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju."

Članak 2.

U članku 10. stavak 1. mijenja se i glasi:

"Iznimno od odredbi članaka 8. i 9. ovoga Zakona, dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 19. stavaka 3. i 4. i članka 20. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju provodi i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod)."

Članak 3.

U članku 14. stavku 1. riječi: "Osiguravatelj određuje" zamjenjuju se riječima: "Osiguravatelj, odnosno Zavod određuju".

Stavak 2. briše se.

Dosadašnji stavak 3. postaje stavak 2.

Članak 4.

U cijelom tekstu Zakona riječ: "zdravstvo" zamjenjuje se riječju: "zdravlje".

Članak 5.

Ovaj Zakon stupa na snagu prvoga dana od dana objave u Narodnim novinama.

OBRAZLOŽENJE

Uz članke 1. – 2.

Ovim člancima usklađuju se odredbe Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", broj 80/2013 i 137/2013) u dijelu koji se odnosi na pozivanje na pojedine članke Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je propisana obveza sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod).

Uz članak 3.

Ovim člankom se uređuju kriteriji za određivanje cijena premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja na način da se izjednačuje položaj Zavoda sa položajem drugih osiguravatelja koji provode poslove dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja čime svi osiguravatelji, uključujući i Zavod imaju istu poziciju glede određivanja cijena premije dopunskoga zdravstvenog osiguranja prema svojim programima s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

Uz članak 4.

Ovim člankom terminološki se usklađuju odredbe Zakona na način da se riječ: "zdravstvo" zamijeni riječju: "zdravlje".

Uz članak 5.

Navedeni članak određuje dan stupanja na snagu Zakona.

ODREDBE VAŽEĆEG ZAKONA KOJE SE MIJENJAJU

Članak 5.

Dopunsko zdravstveno osiguranje jest osiguranje kojim se osigurava pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Članak 10.

Iznimno od odredbi članka 8. i 9. ovoga Zakona, dopunsko zdravstveno osiguranje za pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 16. stavka 3. i 4. i članka 17. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju provodi i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod). Zavod vodi sredstva dopunskoga zdravstvenog osiguranja odvojeno od sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Članak 14.

Osiguravatelj određuje premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju.

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

Osiguravatelj dopunskoga zdravstvenog osiguranja, odnosno Zavod obvezni su:

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