

IZAZOVI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Prolić, Zrinka

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:124:608593>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2022-06-26**

Repository / Repozitorij:

[REFST - Repository of Economics faculty in Split](#)



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
EKONOMSKI FAKULTET**

ZAVRŠNI RAD

**IZAZOVI FINANCIRANJA
ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U REPUBLICI
HRVATSKOJ**

Mentor:

Doc. dr. sc. Lana Kordić

Student:

Zrinka Prolić

Split, rujan, 2017.

SADRŽAJ:

1. UVOD	3
1.1 Definicija problema.....	3
1.2. Cilj rada	3
1.3. Metode rada	3
1.4. Struktura rada.....	4
2. MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	5
2.1. Suvremeni modeli financiranja zdravstvene zaštite	5
2.2. Sustav zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj.....	8
2.3. Vrste zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj.....	9
2.4. Financijska analiza zdravstvenog sustava Republike Hrvatske	13
3. IZAZOVI S KOJIMA SE SUOČAVAJU SUVREMENI ZDRAVSTVENI SUSTAVI U FINANCIRANJU RASTUĆIH ZDRAVSTVENIH IZDATAKA	18
3.1. Tehnološki razvoj	18
3.2. Okoliš i zdravlje.....	19
3.3. Tržište rada i demografija	19
3.4. Životne navike stanovništva.....	21
3.5. Reforme HZZO-a	22
4. PRIVATNO FINANCIRANJE KAO MOGUĆE RJEŠENJE	24
5. ZAKLJUČAK	26
LITERATURA	27
POPIS TABLICA	28
SAŽETAK	30
SUMMARY	30

1. UVOD

1.1 Definicija problema

Sustav zdravstvenog osiguranja u središtu je interesa javnosti stoga što je riječ o vlastitom životnom riziku, isto tako važno je područje ekonomije svake države te jedan od ključnih elemenata za gospodarski rast i razvoj. Zdravstvene potrebe predstavljaju nepredvidive, nestalne i neželjene potrebe čiji troškovi u posljednjim godinama rastu brže nego troškovi života i realne plaće. Razvojem i poboljšanjem kvalitete života dolazi do produžavanja prosječnog životnog vijeka, što automatski iziskuje veće potrebe za financiranjem zdravstvenih usluga.

Uz to, stalna istraživanja i inovacije u području zdravstva, povećanje broja kompliciranih i skupih tretmana liječenja, zatim pogoršano stanje okoliša također uzrokuju veće cijene pružanja zdravstvenih usluga. U Hrvatskoj je prisutan model socijalnog osiguranja u kojemu se sredstva za zdravstvenu zaštitu prikupljaju preko obveznih doprinosa koje plaćaju zaposlenici i poslodavci. S rastom stope nezaposlenosti, starenjem stanovništva i prethodno gore navedenog takav model nije učinkovit i održiv.

1.2. Cilj rada

Stanje hrvatskog zdravstvenog sustav je nepovoljno, i u usporedbi s članicama Europske unije, ali promatrajući i dinamiku razvoja kroz povijest. Cilj ovog rada je objasniti ključne uzroke koji povećavaju potrebe za financiranjem zdravstvenih usluga, zatim proučiti dostupne načine i modele financiranja zdravstva te na temelju navedenog prikazati smjernice daljnjeg razvoja sustava financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj u okviru privatnog financiranja.

1.3. Metode rada

U izradi rada kao prikladne metode su korištene sljedeće opće znanstvene metode: metoda dokazivanja, metoda analize, metoda sinteze, metoda deskripcije, metoda indukcije i metoda kompilacije.

Metoda deskripcije - postupak opisivanja činjenica. Koristit će se za opis teoretskog dijela rada te za opis dobivenih rezultata istraživanja

Metoda analize – postupak raščlanjivanja složenih pojmova, sudova i zaključaka na njihove jednostavnije dijelove te omogućuje bolje razumijevanje istih

Metoda sinteze –postupak znanstvenog istraživanja putem spajanja dijelova ili elemenata u cjelinu, sastavljanja jednostavnih dijelova u složene cjeline te povezivanje posebnih elemenata, i procesa u jedinstvenu i skladnu cjelinu

Metoda indukcije – induktivnim načinom zaključivanja analiziraju se pojedine činjenice i dolazi se do zaključka o općem sudu te se zapažanjem konkretnih pojedinačnih sudova dolazi do općih zaključaka

Metoda kompilacije – navedena metoda će se koristiti prilikom preuzimanja tuđih rezultata znanstveno-istraživačkih radova, odnosno tuđih stavova, opažanja, zaključaka i spoznaja

1.4. Struktura rada

Završni rad sastoji se od 4 međusobno povezanih cjelina. Nakon uvoda i definiranja problema, u drugom dijelu pojmovno su objašnjeni modeli financiranja zdravstvenog sustava koji se danas koriste u svijetu i analiza javnog zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Objašnjena je uloga hrvatskog Zavoda za zdravstveno osiguranje.

Treći dio analizira čimbenike koji utječu na rast potrebnih sredstava za financiranjem zdravstvenog sustava to jest izazove s kojima se suočavaju suvremeni zdravstveni sustavi u financiranju rastućih zdravstvenih izdataka.

Četvrti dio izlaže privatno financiranje kao moguće rješenje.

Peto poglavlje je zaključak rada.

2. MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

2.1. Suvremeni modeli financiranja zdravstvene zaštite

Zdravstveni sustavi kakve danas poznajemo rezultat su ekonomskog, socijalnog i političkog opredjeljenja kroz povijest svake određene zemlje. Liječenje ljudi je primarna zadaća zdravstva međutim velika važnost se pridaje i načinu financiranja zdravstvene zaštite, to jest kolika se sredstva izdvajaju u sustav zdravstva i na koji način se koriste.

Oblici organizacije i financiranja danas su u teoriji i praksi poznati kao: tržišni model, Beveridgeovog modela nacionalne zdravstvene službe, Bismarckov model obveznoga zdravstvenog osiguranja te mješoviti model. Mihaljek (2014.) podrazumijeva da sustavi financiranja zdravstva u većini visoko razvijenih gospodarstava imaju specifična temeljna obilježja te se dijele u tri skupine: sustavi s pretežno privatnim financiranjem, sustavi s financiranjem pretežno iz državnog proračuna i sustavi s financiranjem pretežno iz izvanproračunskih fondova. Ove posljednje se naziva i sustavi financiranja iz fondova socijalnog osiguranja.

Tablica 1: Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

Model	Pokrivenost	Financiranje	Kontrola	Status
Beveridgeov	Univerzalna	Porezno	Javna	socijalna usluga
Bismarckov	Univerzalna	socijalno osiguranje	Kombinirana	socijalno pravo
Tržišni	Djelomična	privatno osiguranje	Privatna	osigurani rizici

Izvor: Ekonomski vjesnik

Beveridgeov model je nastao godine 1948. nakon II. svjetskog rata u Velikoj Britaniji. Začetnik takvog modela smatra se britanski socijalni reformator William Beveridge (Puljiz, 2008.) po kojem je model dobio naziv. Takav način podrazumijeva prikupljanje sredstava za financiranje zdravstva iz poreznih prihoda koji plaćaju svi građani države bez izuzetka. Država određuje količinu novca koju svaki pojedini građanin uplaćuje u državni proračun, to jest ona upravlja prikupljenom svotom iz izravnih poreza

uplaćenih od strane pojedinaca i tvrtki te neizravnih poreza od robe i usluga i određuje koliki dio će bit namijenjen za zdravstvo.

Bismarckov model financiranja zdravstva uveden je 1883. godine u Prusiji, današnja Njemačka, temelji se na načelima obveznog socijalnog osiguranja, solidarnosti i uzajamnosti. Smisao ovakvog financiranja je u tome da generacija trenutno aktivnog stanovništva izdvaja novčana sredstva za pokriće troškova javnog zdravstva. Dakle temeljni financijski instrument u Bismarckovom modelu su doprinosi iz plaće na teret posloprimca i na plaću na teret poslodavca. Upravljanje zdravstvenim sustavom je prepušteno interesnim udrugama i njihovu korporativnom dogovaranju pod kontrolom državnog tijela. Visinu stope doprinosa svaka država određuje sama.

Kod tržišnog modela je naglasak na tržištu, privatnom osiguranju i osiguranim rizicima. Tržišni model financiranja je model koji se temelji na zakonima kapitalističkoga društva, po principu „koliko platiš - toliko dobiješ“ te stoga nije popularan, pogotovo u bivšim socijalističkim zemljama. Također, socijalni dio je u potpunosti izostavljen. Financiranje zdravstvenih usluga ostvaruje se putem premija tj. gotovinskih uplata putem kojih se pojedinci osiguravaju za određeni period. Ovaj model se temelji na privatnom plaćanju zdravstvenih troškova. To može biti putem obaveznog privatnog zdravstvenog osiguranja, dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja, osobni račun medicinske štednje te plaćanje iz „džepa“ pacijenta. Ovaj model ima snažno uporište u liberalnim idejama, te omogućava pojedincu mogućnost izbora.

Većina zemalja svijeta koristi jedan od navedenih modela za financiranje zdravstva dok je kod nekih zemalja vidljiva kombinacija dvaju modela. U gospodarstvu SAD-a zastupljen je tržišni model financiranja zdravstvene zaštite. Američko zdravstvo ima posebne karakteristike te se značajno razlikuje od europskog sustava. Iako je riječ o privatnom financiranju, država iz proračuna izdvaja sredstva za određene programe javnog zdravstvenog osiguranja. *Medicaid* je jedan od njih i obuhvaća stanovništvo koje je socijalno ugroženo i ima slabu materijalnu osnovu za financiranje svoje zdravstvene zaštite. Također kroz program *Medicare* financirane su osobe starije od 65 godina.

U mnogim zapadnoeuropskim zemljama, npr. Francuskoj, Nizozemskoj i Njemačkoj, uz fond socijalnog osiguranja aktivno djeluju privatna osiguravajuća društva i dio

zdravstvene potrošnje financira se izravno iz proračuna, Beveridgeov model je zastupljen u Velikoj Britaniji i zdravstvena potrošnja se financira izravno iz proračuna kao i u Italiji, Španjolskoj, i nordijskim zemljama (Danskoj, Finskoj, Norveškoj i Švedskoj). Njemačka koristi Bismarckov model koji se primjenjuje u Hrvatskoj.

Tablica 2: Prednosti i nedostaci različitih metoda financiranja zdravstvenih sustava

Metode skupljanja prihoda	Prednosti	Nedostaci
<u>Izravno oporezivanje</u>	Široka baza, administrativno jednostavno, obično progresivno i promovira solidarnost, udruživanje sredstava i bolja zaštita od rizikač dopušta izbor između zdravstvenog i drugih područja javnog sektora	Potencijalne porezne distorzije, usklađenost teža, alokacija je predmet političkih pregovora
<u>Neizravno oporezivanje</u>	Vidljivi izvori prihoda, administrativno jednostavna usklađenost	Potencijalne porezne distorzije, alokacija ovisi o razini potrošnje, obično regresivno
<u>Socijalno zdravstveno osiguranje</u>	Izdvojena sredstva za zdravstvo, odvojeno od vladinih prihoda, vidljiv izvor prihoda, potencijalno mali otpor povećanjima, neovisno upravljanje sredstvima, dopušta izbor osiguratelja	Teško uskladiti za samozaposlene i radnike u sivoj ekonomiji, povezuje prava s doprinosima, problem neosiguranih, povećava trošak rada i može smanjiti međunarodnu konkurentnost, jaki regulatorni okvir, uska baza za prihode, potrebe za specijalnim mehanizmima financiranja doprinosa u ime nezaposlenih, umirovljenika, radnika u neslužbenom sektoru i

		slično
<u>Dobrovoljno zdravstveno osiguranje</u>	Dopušta izbor osiguratelja, pruža osiguranje za troškove koje ne pokriva javni sustav(dodatno)	Potreban snažan regulatorni okvir, rizik pogrešnog izbora, odabir prema riziku ostavlja dio stanovnika neosiguranim, može povezivati plaćanja s korištenjem, pristup vezan uz pokrivenost osiguranjem, obično regresivno, ograničeno udruživanje sredstava
<u>Korisničke naknade</u>	Može smanjiti korištenje neefektivnih dobara i usluga (ako se primjenjuje diferencirano)	Povezuje plaćanje s korištenjem, može narušiti pristup potrebnim uslugama, pristup vezan uz mogućnost plaćanja, nema udruživanja sredstava

Izvor: Dixon et al. 2004.

2.2. Sustav zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj

Počeci organiziranog pružanja zdravstvenog (tada socijalnog) osiguranja na području Republike Hrvatske javljaju se u dvadesetim godinama prošlog stoljeća, te su do današnjeg dana nositelji zdravstvenog osiguranja prošli mnogobrojne reforme kako u samom nazivu tako i u svojoj organizacijskoj strukturi. Nositelj zdravstvenog osiguranja od 21. kolovoza 1993. godine je **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje(HZZO)**.

To je javna ustanova koja ima cilj da se svim osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, osiguraju prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Prava i obveze, te odgovornosti HZZO-a utvrđene su Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13 i 137/13.) koji se primjenjuje od 01. siječnja 2009. godine i Statutom HZZO-a. Nadzor nad zakonitošću rada ustanove obavlja Ministarstvo zdravlja, a nadzor nad financijskim poslovanjem obavlja Državni ured za reviziju.

Na osnovi odredaba članka 24. Zakona o zdravstvenoj zaštiti zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj razini osigurane osobe HZZO-a ostvaruju na osnovi slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije, u pravilu, prema mjestu stanovanja, a prema odredbama općih akata HZZO-a.

Sukladno HZZO-u (2017.) zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na sekundarnoj i tercijarnoj razini osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ostvaruju osnovom uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, te putem posebnih programa.

U Hrvatskoj dakle, država ima veliku odgovornost financiranja zdravstva u pružanju zdravstvenih usluga stanovništvu. Njena uloga se očituje u činjenici da se najveći dio ukupne potrošnje u zdravstvu odnosi na javnu državnu potrošnju te je u velikoj mjeri uključena u proizvodnju i financiranje zdravstvenih usluga i po zakonu ima glavnu ulogu regulatora općih sudionika zdravstvenog sustava. Mihaljek (2014.) donosi zaključak da Hrvatska jedina u grupi visoko razvijenih zemalja nije u proteklom desetljeću ostvarila porast zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP: ukupna zdravstvena potrošnja stagnira još od 2000. godine na razini od 7,8 posto BDP-a. Kao razlog tome jest taj da je zdravstvena potrošnja po stanovniku povećana u istom iznosu kao i nominalni BDP, tj. 2,7 puta dok se broj stanovnika blago smanjio. Broj stanovnika smanjio se u promatranom razdoblju i u mnogim drugim razvijenim ekonomijama, ali je per capita zdravstvena potrošnja u njima rasla znatno brže od nominalnog BDP-a, tako da je, osim u Hrvatskoj i Islandu, posvuda zabilježen porast zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP. Hrvatska odskače od visokorazvijenih zemalja i po tome što je država zadržala natprosječno visok udio od 85 posto ukupne zdravstvene potrošnje.

2.3. Vrste zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj

Zakonom je zdravstveno osiguranje podijeljeno na obvezno i dobrovoljno. Obvezno zdravstveno osiguranje, kojim su obuhvaćene sve osobe s prebivalištem u

Republici Hrvatskoj, provodi HZZO, koji je jedinstvena pravna osoba za područje Republike Hrvatske.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje provode druge pravne osobe - osiguravatelji koji posluju na načelima tržišta, a pod uvjetima i na način koji utvrđuje ministar zdravstva. Zakonom je utvrđeno da se dobrovoljno zdravstveno osiguranje može provoditi kao dopunsko i privatno. Dopunsko zdravstveno osiguranje se ustanovljuje ugovornim odnosom između osiguravatelja (osiguravajuće društvo) i osiguranika, odnosno između osiguranika i zdravstvene ustanove. Uvodi se kao razlika iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja, a može se odnositi i na veći opseg prava, odnosno veći standard usluga od onih koje su određene Zakonom.

Obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, a prijavu za njega moraju izvršiti sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom u zemlji, čime stječu sva prava i obveze iz tog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Zdravstvena zaštita obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu te bolničku zdravstvenu zaštitu. Nadalje, novčane naknade i pomoći obuhvaćaju pravo na naknadu plaće za vrijeme bolovanja, naknadu putnih troškova u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite, pomoć za opremu novorođenog djeteta i naknadu za pogrebne troškove. Obveznim zdravstvenim osiguranjem osigurava se i pravo osiguranih osoba na liječenje u inozemstvu ako se u postupku koji provodi Zavod utvrdi da se u Republici Hrvatskoj ne može pružiti odgovarajuća zdravstvena zaštita.

Sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju prava osiguranika iz obveznog zdravstvenog osiguranja su sljedeća:

- pravo na zdravstvenu zaštitu te
- pravo na novčane naknade.
- Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaća:
 - primarnu zdravstvenu zaštitu,
 - specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,

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

➤ Pravo na novčane naknade obuhvaća:

- naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite,
- novčanu naknadu zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohoci, sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja,
- naknadu troškova za troškove prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- naknadu za troškove smještaja jednog od roditelja ili osobi koja se skrbi o djetetu za vrijeme bolničkog liječenja djeteta

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sastoji se od:

- Dopunskog zdravstvenog osiguranja
- Dodatnog zdravstvenog osiguranja
- Privatnog zdravstvenog osiguranja.

Dopunsko i dodatno osiguranje su neživotna osiguranja koja se ugovaraju kao dugoročna osiguranja, a najmanje u trajanju od godine dana. Dopunsko osiguranje se tretira kao jedna vrsta nadopune obveznom zdravstvenom osiguranju te pokriva

troškove sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (participacije) osiguranika prilikom korištenja svih vrsta zdravstvene zaštite – od bolničkog i ambulantnog liječenja preko dijagnostičkih obrada u bolnici, ortopedskih pomagala i specijalističkih stomatoloških usluga, B listu lijekova pa sve do fizikalne rehabilitacije u kući i liječenja u inozemstvu. Pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja osoba stječe uz pomoć dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Sukladno Zakonu o osiguranju (2016.) dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Kao prednost dodatnog zdravstvenog osiguranja izdvaja se aktivna suradnja između javnog i privatnog sustava koja omogućava osiguranicima pristup zdravstvenim uslugama kakve očekuju. Tim osiguranicima nije potrebna uputnica za liječnički pregled te se osiguranje ugovara prema individualnim potrebama.

Iz državnog proračuna osiguravaju se sredstva za premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja na temelju HZZO-a za sljedeće osobe:

-osigurane osobe s invaliditetom koje imaju 100% oštećenje organizma, to jest tjelesnog oštećenja prema posebnim propisima, osobe kod kojih je utvrđeno više vrsta oštećenja te osobe s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi,

-osigurane osobe darivatelja dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja.

-osigurane osobe dobrovoljne davatelje krvi s više od 35 davanja za muškarce, odnosno 25 davanja za žene

-osigurane osobe redovite učenike i studente starije od 18 godina

-osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos utvrđen Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

U razdoblju siječanj-prosinac 2016. godine, u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje prosječno je evidentirano 4.298.008 osoba, što je 0,64% manje u odnosu na isto razdoblje prethodne godine, kada je prosječno evidentirano 4.325.852 osiguranih

osoba. Prosječan broj aktivnih osiguranika je 1.497.178, ili za 2,08% , odnosno za 30.524 osiguranika više u odnosu na razdoblje siječanj-prosinac 2015. godine (u 2015. godini prosječan broj aktivnih osiguranika bio je 1.466.654). Od 1.497.178 aktivnih osiguranika, 702.586 osoba ili 46,93% čine žene, a 53,07% ili 794.592 osoba čine muškarci. Nadalje, evidentiran je 1.062.534 umirovljenika, što je nešto više u odnosu na prethodnu godinu, kada je evidentirano 1.061.553 umirovljenika. U promatranom razdoblju prosječno je evidentirano 19.044 poljoprivrednika, odnosno manje za 12,82% , jer je u istom razdoblju prethodne godine bilo 21.845 poljoprivrednika. Ostale kategorije osiguranika (koje čine nezaposleni, INO osiguranici - umirovljenici, učenici srednjih škola i studenti, osobe nesposobne za samostalan život i rad i drugo) povećane su za 5,48%, prvenstveno zbog promjene načina praćenja, što se vidi u sljedećem pregledu :

2.4. Financijska analiza zdravstvenog sustava Republike Hrvatske

Folland et al. zaključuju (2014.) da država ima središnju ulogu kada je riječ o problemima u zdravstvu, a tu se uglavnom misli na probleme povezane sa zdravstvenom politikom od provođenja mjera štednje u zdravstvu pa do na primjer, povećanja dostupnosti zdravstvene zaštite. Udio javnih izdataka za zdravstvo u većini zemalja Europe je u stalnom porastu što opterećuje državni proračun.

Zdravstveni sustav u RH ima jedan od najvećih udjela javne zdravstvene potrošnje u usporedbi sa zemljama Europske unije, te poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje dodatno otežavaju veliki dugovi koji se ili prebacuju na teret budućeg naraštaja ili podmiruju jednokratnim transferima iz središnjeg proračuna države. Javna potrošnja predstavlja potrošnju financiranu sredstvima iz javnih fondova, državnoga, regionalnoga i lokalnoga proračuna uključujući socijalno osiguranje. Nadalje, javnu potrošnju predstavljaju i investicije u sustavu zdravstva iz državnih fondova, kao što je izgradnja infrastrukture te financiranje kupnje medicinske opreme. Privatna potrošnja se odnosi na potrošnju iz privatnih izvora, kao što su izravna plaćanja i ugovaranje dobrovoljnog osiguranja.

Cilj financiranja sustava zdravstva jest da se prvenstveno osiguraju sredstva za zdravstvenu zaštitu kako bi osigurane osobe imale odgovarajući pristup individualnoj

zdravstvenoj usluzi. Zdravstveni sustav RH ne funkcionira isključivo prema jednom modelu financiranja, već je kombinacija Bismarckovog modela (temeljenog na socijalnom osiguranju, odnosno doprinosima koje građani izdvajaju iz plaće) te Beveridgeovog modela koji se temelji na proračunskim prihodima, a sve zbog manjka prihoda po osnovi isključivo Beveridge-ovog modela financiranja (HZZO, 1993.).

Prema izvješću o poslovanju HZZO-a za 2016. godinu „ostvareni su ukupni prihodi-primici u vrijednosti od 23.725.904.027 hrvatskih kuna, što je za 7,09% više od ukupno ostvarenih prihoda u istom razdoblju 2015. godine kada su iznosili 22.156.101.065 kn. Sukladno Pravilniku o proračunskom računovodstvu i računskom planu, prihodi se priznaju temeljem priljeva novčanih sredstava u izvještajnom razdoblju, a izlaskom HZZO-a iz Državne riznice sva sredstva se uplaćuju na žiro račune koji su otvoreni kod Hrvatske Narodne banke. U 2016. godini stopa doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje iznosi 15% na bruto plaće, 0,50% za ozljede na radu i profesionalne bolesti, te doprinosi iz mirovina, 3% na mirovine iznad 5.108 kn, plaća ih korisnik mirovine” (HZZO, 2017.).

Tablica 3: Pregled ostvarenih prihoda u 2015. i 2016. godini u kn

Prihodi-primici	I.-XII.2015.	I.-XII.2016.	Struktura 2015.	Struktura 2016.
Prihodi od doprinosa	18.121.281.522	18.468.680.704	81,79	77,84
Prihodi od proračuna	2.400.000.000	2.588.950.886	10,83	10,91
Prihodi po posebnim propisima	1.618.169.592	2.650.795.805	7,31	11,18
Prihodi od imovine	14.520.810	14.018.039	0,07	0,06
Pomoći iz inozemstva-projekti EU	422.174	1.453.790	-	0,01
Prihodi od HZZ-a , stručno usavršavanje bez zasnivanja rad. Odn.	620.689	431.780	-	-

Prihodi od pruženih usluga	50.366	365.147	-	-
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	752.084	504.344	-	-
Ostali prihodi	283.829	703.532	-	-
Ukupni prihodi i primici	22.156.101.0 65	23.725.904.0 27	100	100

Izvor:HZZO

U izvještajnom razdoblju siječanj-prosinac 2016. godine, prema knjigovodstvenom iskazu (2016.), "sveukupni rashodi HZZO-a izvršeni su u iznosu od 23.029.196.616 kn i veći su za 1,24% od rashoda u prethodnoj godini kada su iznosili 22.746.178.850 kn. Najveći dio rashoda-izdataka utrošeno je za zdravstvenu zaštitu, koja iznosi 20.260.904.343 kn i čini 87,98% sveukupnih izdataka. Za naknade je utrošeno 10,29% izdataka, a svi ostali izdaci čine 1,73% ukupnih izdataka. U obveznom zdravstvenom osiguranju izdaci za zdravstvenu zaštitu iznose 18.963.834.467 kn i veći su od istih izdataka prethodne godine, kada su izdaci za zdravstvenu zaštitu iznosili 18.829.544.568 kn.

U dopunskom zdravstvenom osiguranju izdaci za zdravstvenu zaštitu iznose 1.212.836.553 kn, a izdaci za zdravstvenu zaštitu za ozljede na radu i profesionalne bolesti iznose 84.233.323 kn. Ukupne naknade u razdoblju siječanj-prosinac 2016. godine iznose 2.369.287.713 kn i čine 10,29% ukupnih izdataka, veće su od istih izdataka u 2015. godini za 5,17%." Slijedi tablični prikaz financijskih izdataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Tablica 4: Rashodi u 2015. i 2016. godini u kunama

Rashodi-izdaci	I.-XII.2015.	I.-XII.2016.	Struktura 2015.	Struktura 2016.
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	18.829.544.5 68	18.963.834.4 67	82,77	82,34
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1.193.163.39 6	1.212.836.55 3	5,25	5,27

Zdravstvena zaštita na radu i prof. Bolesti	78.587.856	84.233.323	0,35	0,37
Ukupna zdravstvena zaštita	20.101.295.820	20.260.904.343	88,37	87,98
Ukupne naknade	2.252.826.457	2.369.287.713	9,91	10,29
Rashodi za zaposlene	228.335.271	236.956.278	1,00	1,03
Materijalni rashodi	97.500.958	98.264.471	0,43	0,43
Financijski rashodi	21.403.334	22.939.559	0,09	0,10
Ostali rashodi- naknade štete	24.197.050	21.617.896	0,11	0,09
Rashodi za nabavu nefin. Imovine	14.231.095	17.710.490	0,06	0,07
Izdaci za fin.imovinu i otplata zajma	6.001.041	-	0,03	-
Rashodi po projektima EU	387.824	1.515.866	-	0,01
Ukupno ostali rashodi	392.056.573	399.004.560	1,72	1,73
Ukupno rashodi-izdaci	22.746.178.850	23.029.196.616	100,00	100,00

Izvor: HZZO

Kako bi javne zdravstvene usluge omogućili dostupnima što većem dijelu stanovnika, većina zemalja svijeta ulaže velike napore za što boljim i učinkovitijim upravljanjem vlastitog zdravstvenog sustava. Jedna od bitnih sastavnica efikasnog zdravstvenog sustava je upravljanje zdravstvenim prihodima i rashodima. U svojim istraživanjima Broz i Švaljek (2014.) potvrđuju potrebu za kontinuiranim reformama zdravstva kako bi zdravstveni sustav bio manje neučinkovit. U Hrvatskoj su se također provodile zdravstvene reforme kako bi se smanjili troškovi zdravstva i povećala njegova učinkovitost te poboljšali zdravstveni ishodi.

Unatoč reformskim naporima zdravstveni sustav i dalje troši velik dio ukupnih javnih izdataka što se može uočiti u prethodnim tabličnim prikazima prihoda i rashoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Javni izdaci za zdravstvo, koji prema

podacima Svjetske banke (2013.) „uključuju izdatke za zdravstvo središnje i lokalne države, zaduženja i donacije te obvezno zdravstveno osiguranje, u stalnom su porastu.

Zdravstveni sustav u najvećoj se mjeri financira iz javnih izvora (gotovo 85 posto izdataka za zdravstvo u 2011. godini), dok privatno zdravstveno osiguranje (koje je još uvijek od marginalne važnosti) i plaćanja “iz džepa građana” sudjeluju u financiranju zdravstvenog sustava s preostalih 15-ak posto.“

Tablica 5: Rashodi državnog proračuna za zdravstvo u %

Godina	Udio zdravstva u rashodima državnog proračuna (%)
2012.	12
2013.	17,18
2014.	16,94
2015.	7
2016.	7

Izvor: Ministarstvo financija

3. IZAZOVI S KOJIMA SE SUOČAVAJU SUVREMENI ZDRAVSTVENI SUSTAVI U FINANCIRANJU RASTUĆIH ZDRAVSTVENIH IZDATAKA

3.1. Tehnološki razvoj

Sredstva potrebna za obavljanjem funkcija financiranja zdravstvenog sustava su u stalnom porastu. Jedan od faktora koji je značajno doprinio tom povećanju jest dostupnosti moderne tehnologije. Tehnološki napredak u mnogo čemu olakšava funkcioniranje na dnevnoj bazi, ali s razvojem tehnologije ljudi sve više vremena provode pred televizijom i kompjuterskim ekranima što se nepovoljno odražava na njihovo zdravlje. Teglović (2016.) ukazuje na utjecaj današnje informatologije na preopterećenje mozga mladih osoba jer internet drži mozak aktivnim 24 sata, što može imati neke štetne posljedice. Samim time vrši se utjecaj na povećanje troškova javnog zdravstva.

Uz ove negativne produkte, razvoj tehnologije pridonosi pozitivno u vidu opremanja bolničkih ustanova, zatim efikasnijim medicinskim proizvodima i zdravstvenim postupcima koji se primjenjuju u svrhu prevencije, dijagnostike, liječenja ili rehabilitacije. U Hrvatskoj je uvođenje novih informacijsko-komunikacijskih tehnologija u administrativno financijsko poslovanje zahtijevalo velika ulaganja. Medicinski uređaji i oprema postaju sve učinkovitiji, ali i skuplji i složeniji za uporabu. Ako se uzme u obzir broj zdravstvenih ustanova vidi se da ih ima mnogo te je svaku potrebno opremiti.

Tablica 6: Izdaci državnog proračuna za zdravstvene i veterinarske usluge, medicinsku i laboratorijsku opremu u razdoblju od 2014. godine do 2016. godine

Godina	Zdravstvene i veterinarske usluge	Medicinska i laboratorijska oprema
2014.	315.460.043,04	339.912.131,10
2015.	382.012.619,22	465.138.132,50
2016.	327.733.678,35	313.213.236,56

Izvor: Izrada autorice na temelju podataka Ministarstva financija; izvršenog državnog proračuna za izabrane godine

Zdravstvenu djelatnost u Republici Hrvatskoj obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatni zdravstveni radnici u skladu s mrežom javne zdravstvene službe. Zdravstvena djelatnost može se obavljati i izvan mreže javne zdravstvene službe u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. U sljedećoj tablici prikazan je ukupan broj zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj.

3.2. Okoliš i zdravlje

Sustavno praćenje kakvoće zraka u Hrvatskoj provodi se na postajama za praćenje kakvoće zraka državne mreže (u nadležnosti Ministarstva zaštite okoliša i prirode i Državnog hidrometeorološkog zavoda), lokalnih mreža (u nadležnosti županija, Grada Zagreba, gradova i općina), kao i na postajama za posebne namjene (onečišćivači koji moraju obavljati praćenje kakvoće zraka). Agencija za zaštitu okoliša prikuplja podatke i izrađuje godišnja izvješća o kakvoći zraka u Hrvatskoj (Strategija zdravstva, 2012.).

Biološki i kemijski otpad odbačen u okolinu uzrokuju bolesti kod ljudi. U dodiru s ljudskim tijelom mogu ugroziti zdravlje ili štetno djelovati na zdravlje. Očuvanje okoliša i racionalna upotreba prirodnih resursa imaju za cilj sačuvati i zaštititi planet na kojem živi ljudska populacija. Ako se ne vodi računa o zaštiti okoliša automatski se ugrožava ljudski život što iziskuje veći opseg pružanja zdravstvenih usluga a samim time i veće financijske izdatke za zdravstveni sustav.

3.3. Tržište rada i demografija

Tržište rada važno je područje svake države te kretanja na tržištu rada uvelike utječu na zaposlenost to jest nezaposlenost. U Hrvatskoj je prisutna neusklađenost između ponude i potražnje za radnom snagom, te neusklađenost stručnih kvalifikacija. Takvo stanje na tržištu rada rezultiralo je velikim brojem nezaposlenih osoba. Princip socijalnog zdravstvenog sustava u najvećoj mjeri zadovoljava potrebna financijska sredstva preko uplata doprinosa zaposlenog stanovništva.

Tablica 7: Broj nezaposlenih po županijama u odnosu na ukupan broj stanovnika po županiji

Županija	Broj nezaposlenih	Broj stanovnika	Omjer br, zaposlenih i br. Stanovnika
----------	-------------------	-----------------	---------------------------------------

Virovitičko – podravska	8690	84836	10,24%
Osječko – baranjska	30117	305032	9,87%
Sisačko – moslavačka	16929	172439	9,82%
Vukovarsko – srijemska	15393	179521	8,57%
Bjelovarsko – bilogorska	10236	119764	8,55%
Splitsko – dalmatinska	38014	454798	8,36%
Brodsko – posavska	11453	158575	7,22%
Ličko – senjska	3436	50927	6,75%
Karlovačka	8578	128899	6,65%
Šibensko – kninska	7224	109475	6,60%
Dubrovačko – neretvanska	7619	122568	6,22%
Požeško – slavonska	4755	78034	6,09%
Koprivničko – križevačka	5592	115584	4,84%
Primorsko- goranska	14156	296195	4,78%
Zadarska	7594	170017	4,47%
Grad Zagreb	34668	790017	4,39%
Međimurska	4913	113804	4,32%
Zagrebačka	13505	317606	4,25%
Krapinsko – zagorska	5585	132892	4,20%
Varaždinska	6203	175951	3,53%
Istarska	6255	208055	3,01%

Izvor: Državni zavod za statistiku

Iz tablice je vidljivo da u svakoj županiji Republike hrvatske je prisutna nezaposlenost. Ona je najveća u Virovitičko-podravskoj županiji u iznosu 10,24%, a slijede Osječko-baranjska sa 9,87% i Sisačko-moslavačka sa 9,82%. Najmanja nezaposlenost prisutna je u Istarskoj županiji s vrijednosti od 3,01%. S obzirom da se zdravstveni sustav financira uplaćenim doprinosima zaposlenih pojedinaca, broj zaposlenog stanovništva uvelike određuje vrijednost ostvarenih prihoda javnog zdravstvenog sustava.

Trenutna i buduća demografska struktura stanovništva kao uvjetni čimbenik neke zemlje ima značajan utjecaj na politiku financiranja zdravstvene zaštite. Iz Nacionalne

strategije zdravlja (2011.) ukazuje se na “ prvo, starije stanovništvo treba i potražuje više zdravstvenih usluga pa se posljedično s time zemlje sa starijim stanovništvom ili brzo starećim stanovništvom (niske stope fertiliteta) suočavaju s pritiskom rasta troškova zdravstvenog sustava. Nadalje, u zemljama s niskim stopama fertiliteta i starenjem stanovništva, obujam produktivne radne snage se smanjuje relativno prema ostatku stanovništva, osim ako se smanjenje stope fertiliteta ne nadoknađuje imigracijom radne snage “

3.4. Životne navike stanovništva

Konzumiranje određene vrste hrane i prehrambene navike imaju utjecaj na zdravlje ljudi te nesavjesna i nezdrava prehrana može uzrokovati povećanje tjelesne mase i pretilost kod ljudi. Rezultati Hrvatske zdravstvene ankete iz 2003. pokazali su da 15,9% odrasle populacije ima loše prehrambene navike. Najveća prevalencija loših prehrambenih navika utvrđena je u Istočnoj (23,8%) i Središnjoj (23,0%) regiji, a najmanja u priobalnom dijelu RH (8,6%) i Gradu Zagrebu (8,9).

Prehranu u Hrvatskoj karakterizira energetska neuravnoteženost, preveliki unos masti i rafiniranih ugljikohidrata, a nedovoljna potrošnja povrća i voća. Ovakvi pokazatelji imaju negativan utjecaj na troškove javnog zdravstvenog sustava stoga jer će u budućnosti ljudska populacija obolijevati i samim time potraživati više zdravstvenih usluga. Tjelesna aktivnost smatra se vrlo važnim načinom poboljšavanja fizičkog i psihičkog zdravlja ljudi. Tjelovježba, hodanje i općenito kretanje smanjuje rizik dobivanja nezaraznih kroničnih bolesti te u nekim slučajevima može ublažiti njihov napredak.

Pušenje duhanskih proizvoda neosporivo ima štetan utjecaj na zdravlje, ono znatno povećava rizik od nastanka bolesti srca i krvnih žila, osobito srčanog i moždanog udara te bolesti periferne cirkulacije. Upotreba opojnih droga i alkohola stvara ovisnost te u konačnici iziskuje bolničko liječenje. U prijedlogu nacionalne strategije zdravstva (2011.) navodi se podatak da su u Hrvatskoj duševni poremećaji uzrokovani alkoholom, uz shizofreniju, vodeći uzrok hospitalizacija u skupini duševnih bolesti i poremećaja. Godišnje se u Hrvatskoj hospitalizira oko 8500 muškaraca i oko 1200 žena zbog problema s alkoholom.

Tablica 8: Struktura broja osiguranika u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 2015. do 2016. Godine

Osiguranici	Prosječan broj		Indeks	Učešće u %	
	I.-XII. 2015.	I.-XII. 2016.	2015./2016.	2015.	2016.
Aktivni radnici	1.466.654	1.497.18	102,08	33,90	34,84
Aktivni poljoprivrednici	21.845	19.044	87,18	0,51	0,44
Umirovljenici	1.061.553	1.062.534	100,09	24,54	24,72
Članovi obitelji	809.582	700.109	86,48	18,71	16,29
Ostali	966.218	1.019.143	105,48	22,34	23,71
Ukupno RH	4.325.852	4.298.008	99,36	100,00	100,00

Izvor: HZZO

3.5. Reforme HZZO-a

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj doživljava kontinuirane promjene od ranih devedesetih godina prošlog stoljeća. Značajne reforme provedene su u 1990., 1993., 2002., 2006. i 2008. godini. Najnovija reforma započela je 2012. godine donošenjem Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. i još uvijek traje. S početkom reformi država se nalazila u gospodarskoj krizi što je imalo odraza i na zdravstvo. Zbog toga su reforme koje su slijedile bile usmjerene na rješavanje financijskih problema i unaprjeđenju u kvaliteti izvršavanja funkcija zdravstvenog sustava.

U istraživanju Vončina et al. (2007.) zaključuje se da je kriza bila posljedica neusklađenosti rashoda s padajućim prihodima uzrokovanim teškom gospodarskom i političkom situacijom. Reformom iz 1993. godine doneseni su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, br. 75/1993.) kojim je osnovan Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje te je HZZO postao središnja ustanova za financiranje zdravstva. Osim toga, smanjen je obujam “besplatnih” zdravstvenih usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem, uvedeni su pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem te su postavljeni temelji za privatno zdravstveno osiguranje. Daljnje reforme obuhvaćale su neke od ovih mjera:

- uvođenje novih i jačanje starih izvora financiranja
- uvođenje strožeg nadzora nad glavnim generatorima troškova
- uvođenje međunarodnih javnih natječaja za posebno skupe lijekove, smanjenje referentnih cijena lijekova na recept
- centraliziranu nabavu medicinske opreme, poboljšanu kontrolu naknada za bolovanje i uvođenje plaćanja bolnicama prema dijagnostičko-terapijskim skupinama
- informatizacija primarne zdravstvene zaštite, reforma hitne medicinske pomoći, uvođenje nacionalnih lista čekanja i preinaka plaćanja primarne zdravstvene zaštite
- veći obuhvat korisnika obveznog zdravstvenog osiguranja
- kontrola izdataka za lijekove

Cilj reformi da se financiranje javnog zdravstvenog sustava poboljša nije bio potpuno ostvaren. Snažni rast rashoda se nastavio te je zdravstveni sustav nekoliko godina nakon reforme ponovno zapao u gubitke. Prema podacima HZZO-a neplaćene dospjele obveze su u 2011. godini iznosile 327,1 milijun kuna, a u 2012. 1,4 milijardi kuna s daljnjom tendencijom rasta.

Broz i Švaljek (2014.) zaključuju da nastavak rasta troškova i akumulacija dospjelih dugovanja u idućim godinama, pogotovo za lijekove, pokazuju da reforma zdravstva nije bila uspješna u dugoročnoj financijskoj stabilizaciji sustava. Osim početne financijske stabilizacije, kao pozitivan rezultat ističe se to što su diversificirani izvori prihoda, što je prvi korak prema rasterećenju plaća; zaustavljen je rast određenih kategorija rashoda za zdravstvenu zaštitu (izdaci za lijekove); smanjeno je prosječno trajanje bolovanja i broj osoba na bolovanju, zbog čega je zaustavljen rast naknada za bolovanje; napravljena su određena organizacijska unapređenja u pogledu nabave, informatizacije te plaćanja prema dijagnostičko terapijskim skupinama.

4. PRIVATNO FINANCIRANJE KAO MOGUĆE RJEŠENJE

Privatno financiranje označuje vrstu plaćanja iz vlastitih, osobnih, sredstava. To je prisutno i u namirenju potreba u zdravstvu. Kod zdravstvene zaštite moguće je izravno plaćanje pružanja zdravstvenih usluga ili plaćanjem premije privatnog zdravstvenog osiguranja.

Sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, privatno zdravstveno osiguranje ugovara se između osiguratelja i osiguranika, Osiguravatelj određuje premiju za privatno zdravstveno osiguranje s obzirom na opseg pokrića iz ugovora o privatnom 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 privatnog zdravstvenog osiguranja obvezan je za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz privatnoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja. Ugovorom o privatnom zdravstvenom osiguranju određuju se zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, te privatni zdravstveni radnici kod kojih osiguranik može koristiti prava iz privatnog zdravstvenog osiguranja. Postupak i način provođenja privatnog zdravstvenog osiguranja uređuje se općim aktom koji donosi upravno vijeće zdravstvene ustanove, odnosno nadležno tijelo trgovačkog društva, a 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 privatnog zdravstvenog osiguranja dostavljati na uvid ministarstvu nadležnom za zdravstvo.

Zdravstvena zaštita bi trebala biti dostupna svim građanima bez utjecaja socijalnog i ekonomskog statusa. Na prvom mjestu svakog pojedinca je njegovo opće zdravlje organizma, međutim ljudi nisu svjesni cijene zdravlja te se očekuje od države da podmiri sve zdravstvene obveze. Takvi modeli, gdje država plaća upotpunosti zdravstvenu zaštitu, nisu učinkoviti i održivi te su nužne reforme u zdravstvu u cilju prebacivanja pokrića zdravstvenih usluga na krajnjeg korisnika. Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se veći opseg prava i viši standard usluga koje nisu u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja.

Tablica 9: Zdravstvena potrošnja odabranih zemalja za 2014. god.

Zemlja	Ukupni izdaci za zdravstvo (% BDP)	Udio državnih izdataka (% ukupnih izdataka)	Udio privatnih izdataka (% ukupnih izdataka)	Udio izdataka za privatno osiguranje "out of pocket"
Poljska	6	70,3	29	23,5
Hrvatska	8	83	18,1	11,2
Slovenija	9	71	28,3	12,1
Njemačka	11	76,5	23	13,2
Francuska	12	76,8	21,8	6,3

Izvor: WHO

Iz tablice zdravstvene potrošnje se vidi da Hrvatska prednjači u visini udjela državnih izdataka za zdravstvenu zaštitu te iznosi 83% od ukupnih izdataka. Javno financiranje zdravstva prevladava u svim analiziranim europskim zemljama, dok financiranje iz privatnih izvora je manje od 30% od ukupnih izdataka za zdravstvo. Vodeći problem zdravstvenih politika skoro pa svih suvremenih zemalja je kako osigurati dovoljno sredstava za financiranje zdravstvenog sustava. Taj problem danas postaje sve izraženiji zbog manjka izvora financiranja zdravstva s jedne strane i sve većeg rasta zdravstvene potrošnje s druge strane.

U trenutačnoj situaciji visoke nezaposlenosti pojavljuju se poteškoće u održivosti dovoljne razine zdravstvene skrbi što se tiče količine i kvalitete zdravstvenih usluga. Korisnici moraju plaćati iz džepa pružateljima zdravstvenih usluga u privatnom vlasništvu te, ako nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje, pružateljima usluga pod ugovorom s HZZO-om za usluge koje ne spadaju i nisu potpuno pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem. Dio problema zasigurno će se riješiti kroz povećanje privatne zdravstvene potrošnje i financiranja iz vlastitih izvora sredstava, čime bi se rasteretile obveze javnog zdravstvenog sustava.

5. ZAKLJUČAK

Tema ovog rada je bila analiza zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj s posebnim osvrtom na njegove načine financiranja. Nositelj zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, javna ustanova koja djeluje po principu uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Zdravlje kao najveće bogatstvo koje čovjek može posjedovati važno je i za gospodarski razvoj pojedine države jer ljudski kapital je najvrjedniji dio kapitala. Jedino on omogućuje stvaranje novog znanja, ideje i vrijednosti neophodne za održivi ekonomski rast i razvoj.

Zdravstveni sustav je u velikim poteškoćama pri pribavljanju dostatnih financijskih sredstava. Razlog tomu je nepovoljno demografsko starenje stanovništva koje zahtijeva sve veću brigu i pružanje zdravstvenih usluga. Napredak u tehnologiji negativno se odražuje na financijske potrebe zdravstva, na tržištu se javljaju novi načini liječenja, novi medicinski aparati te farmaceutski lijekovi koji više koštaju. S obzirom na to da se zdravstvo financira prvenstveno uplaćenim doprinosima zaposlenog stanovništva, razina nezaposlenosti vrši jaki pritisak na pad prihoda zdravstvenog sustava. Analizom čimbenika koji utječu na rast troškova financiranja zdravstva zaključuje se da se rješenje traži kroz privatno financirano zdravstveno osiguranje. Korisnik zdravstvenih usluga trebao bi više sudjelovati u plaćanju usluga preko većih naknada za pružanje zdravstvene zaštite. Potrebno je provesti daljnje reforme zdravstva kao i podizanje svijesti, čitavoj populaciji od najmanje dobi, o zdravlju. Treba osigurati svima efikasniju dostupnost primarne zdravstvene zaštite jer prevencija odnosno u suštini pravovremeno otkrivanje bolesti i djelovanje na nju spašava život, a i smanjuje troškove bolničkog liječenja koji mnogo sudjeluje u rashodima zdravstvenog sustava.

LITERATURA

Knjige:

1. Barić, V., Smolić, Š. (2013): Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji, raspoloživo na: https://bib.irb.hr/datoteka/525081.Bari_Smoli_CROSBI.pdf
2. Dixon A, Langenbrunner J, Mossialos E. (2004): Facing the challenges of health care financing. U Figueras J, McKee M, Cain J., Lessof, S. ur. Health systems in transition: learning from experience. Geneva: World Health Organization
3. Džakula, A. et al. (2014): Health Systems in Transition: Croatia Health system review. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
4. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M. (2014): *The Economics of Health and Health Care*, 7th edn, Pearson New International Edition, Prentice-Hall, New Jersey
5. Vehovec, M., (2014): O zdravstvu iz ekonomske perspective, Ekonomski institut, Zagreb
6. Puljiz, V. et al. (2008): Socijalna politika Hrvatske. Zagreb: Pravni fakultet Zagreb

Časopisi:

7. Kovač, N., (2013): Financiranje zdravstva- situacija u Hrvatskoj, Ekonomski vjesnik, god.XXVI, Br. 2, str. 551-563
8. Stevanović, R., Capak, K., Benjak T., (2016): Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu (web izdanje), Zagreb, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, pristupljeno preko Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, http://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2016/05/Ljetopis_2015.pdf
9. Teglović J. Moderna tehnologija mijenja rad mozga. Dostupna na: http://www.zzjzdnz.hr/hr/zdravlje/mentalno_zdravlje/547-ch-0?1_over=1

Pravilnik/ zakon:

10. Statut Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, NN 18/13, čl. 9.
11. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, NN 71/10, čl. 30.-34.
12. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 137/13, čl. 17. 21

13. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13 i 137/13)

14. Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Izvor s Interneta:

15. Državni zavod za statistiku, raspoloživo na: <https://www.dzs.hr/> (19.09.2017.)

16. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, raspoloživo na: <http://www.hzzo.hr/> (04.09.2017.)

17. Ministarstvo financija Godišnji izvještaj o izvršenju Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2015. i 2016. godinu, raspoloživo na: <http://www.mfin.hr/hr/drzavni-proracun-2016-godina>, <http://www.mfin.hr/hr/drzavni-proracun-2015-godina> (19.09.2017.)

18. Prijedlog nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020., pristupljeno preko Hrvatska komora primalja, raspoloživo na: http://www.komorapimalja.hr/datoteke/STRATEGIJA_ZDRAVSTVO_2012_2020_usvojeno.pdf (27.08.2017.)

19. Publikacije Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Godišnje izvješće HZZO-a za 2016. godinu, raspoloživo na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2017/04/Izvjesce_o_poslovanju_hzzo_01122_016_MF_novcani_tijek.pdf?831c2f (26.08.2017.)

20. WHO, European HFA Database, raspoloživo na: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence> (19.09.2017.)

POPIS TABLICA

Tablica 1: Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

Tablica 2: Prednosti i nedostaci različitih metoda financiranja zdravstvenih sustava

Tablica 3: Pregled ostvarenih prihoda u 2015. i 2016. godini u kn

Tablica 4: Rashodi u 2015. i 2016. godini u kunama

Tablica 5: Rashodi državnog proračuna za zdravstvo u %

Tablica 6: Izdaci državnog proračuna za zdravstvene i veterinarske usluge, medicinsku i laboratorijsku opremu u razdoblju od 2014. godine do 2016. Godine

Tablica 7: Broj nezaposlenih po županijama u odnosu na ukupan broj stanovnika po županiji

Tablica 8: Struktura broja osiguranika u Republici Hrvatskoj u razdoblju od 2015. do 2016. Godine

Tablica 9: Zdravstvena potrošnja odabranih zemalja za 2014. god.

SAŽETAK

Pružanje zdravstvene zaštite sastavni je dio **zdravstvenog sustava** koji u Hrvatskoj pripada socijalnom sustavu. Državna intervencija u zdravstvenom sustavu je prijeko potrebna jer očuvanje zdravlja nije jeftino i iziskuje velike troškove. **Modeli financiranja** zdravstvenog sustava su: Bismarckov model, Beveridgeov model i tržišni model. U Hrvatskoj je prisutan model socijalnog osiguranja gdje se sredstva za zdravstvenu zaštitu prikupljaju preko obveznih doprinosa uplaćenih od strane zaposlenika i poslodavaca. Prisutan je opći nedostatak sredstava uz rastuću zdravstvenu potrošnju. Razvojem tehnologije u medicini, produžavanjem prosječnog života, starenjem stanovništva, rastom nezaposlenosti, a sve je manje sredstava osigurano. Rješenje se traži u privatnim izvorima financiranja zdravstva to jest **privatno zdravstveno osiguranje**.

Ključne riječi: zdravstveni sustav, modeli financiranja, privatno zdravstveno osiguranje

SUMMARY

Providing health care is an integral part of the **health care system** that belongs to the social system in Croatia. State intervention in the health care system is necessary because health care is not cheap and requires great costs. Health care **financing models** are: Bismarck's model, Beveridge's model and the market model. In Croatia there is a social security model where health care funds are collected through compulsory contributions paid by employees and employers. There is a general lack of resources with rising health care expenditure. With medical developments and techniques changing the face of health care, also comes prolongment of average life expectancy, aging of the population, increase of the unemployment and less and less funding. The solution is in private financing – **private medical insurance**.

Key words: the health care system, financing models, private medical insurance