

Preporuke za održivost financiranja zdravstvenog sustava

Zagreb, studeni 2018.



American Chamber of Commerce in Croatia *Američka gospodarska komora u Hrvatskoj*

Sadržaj

Uvod	3
Situacija u Hrvatskoj	4
Troškovi za zdravstvo	4
Izvori financiranja i financijski tokovi.....	5
Ključni izazovi	7
Primjeri dobre prakse u EU	9
Nizozemska	9
Troškovi za zdravstvo	9
Izvori financiranja i financijski tokovi.....	9
Češka	11
Troškovi za zdravstvo	11
Izvori financiranja i financijski tokovi.....	11
Preporuke	13
Povećanje prihoda OZO	13
Racionalizacija financiranja OZO.....	14
Dugoročno planiranje strukture financiranja sustava zdravstva u kontekstu poticanja konkurentnosti Hrvatske	15

Uvod

Kvalitetan i dobro uređen sustav financiranja zdravstvene zaštite preduvjet je za održivo funkcioniranje zdravstvenog sustava. Cilj svakog sustava financiranja zdravstvene zaštite je osiguranje podjednake dostupnosti kvalitetnih zdravstvenih usluga korisnicima uz učinkovitu, odgovornu i transparentnu upotrebu dostupnih resursa.

Premda u stalnom porastu, troškovi za zdravstvo po stanovniku u Republici Hrvatskoj (RH) među najnižima su u Europskoj uniji (EU). Istovremeno, udio troškova javnog zdravstva u ukupnim zdravstvenim troškovima među najvišima je u EU, a pokrivenost zdravstvenom zaštitom je univerzalna s iznimno velikim opsegom prava na zdravstvenu zaštitu koja se pokrivaju iz sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja.

Pokazatelji zdravstvenog stanja populacije poput očekivanog životnog vijeka pri rođenju, koji je za više od tri godine kraći od prosjeka EU, te stopa smrtnosti od bolesti krvožilnog sustava i malignih bolesti koje su među najvišima u EU, ukazuju ne samo na nedostatke u načinu pružanja zdravstvene zaštite već i na potrebu za dodatnim ulaganjima u očuvanje javnog zdravlja.

Mogućnost povećanja sredstava za sustav zdravstva ograničena je postojećim zakonodavnim okvirom, tj. fiskalnim kontekstom i načinom na koji je regulirano prikupljanje sredstava u fondove osnovnog i dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja.

Imajući u vidu pokazatelje zdravstvenog stanja populacije, rastuće potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom uvjetovane prvenstveno demografskim promjenama te ograničenja trenutnog modela financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, potrebno je razmotriti nove mogućnosti financiranja zdravstvenog sustava kao preduvjet za financijsku stabilnost, ali i bolju učinkovitost i dostupnost kvalitetne zdravstvene skrbi korisnicima.

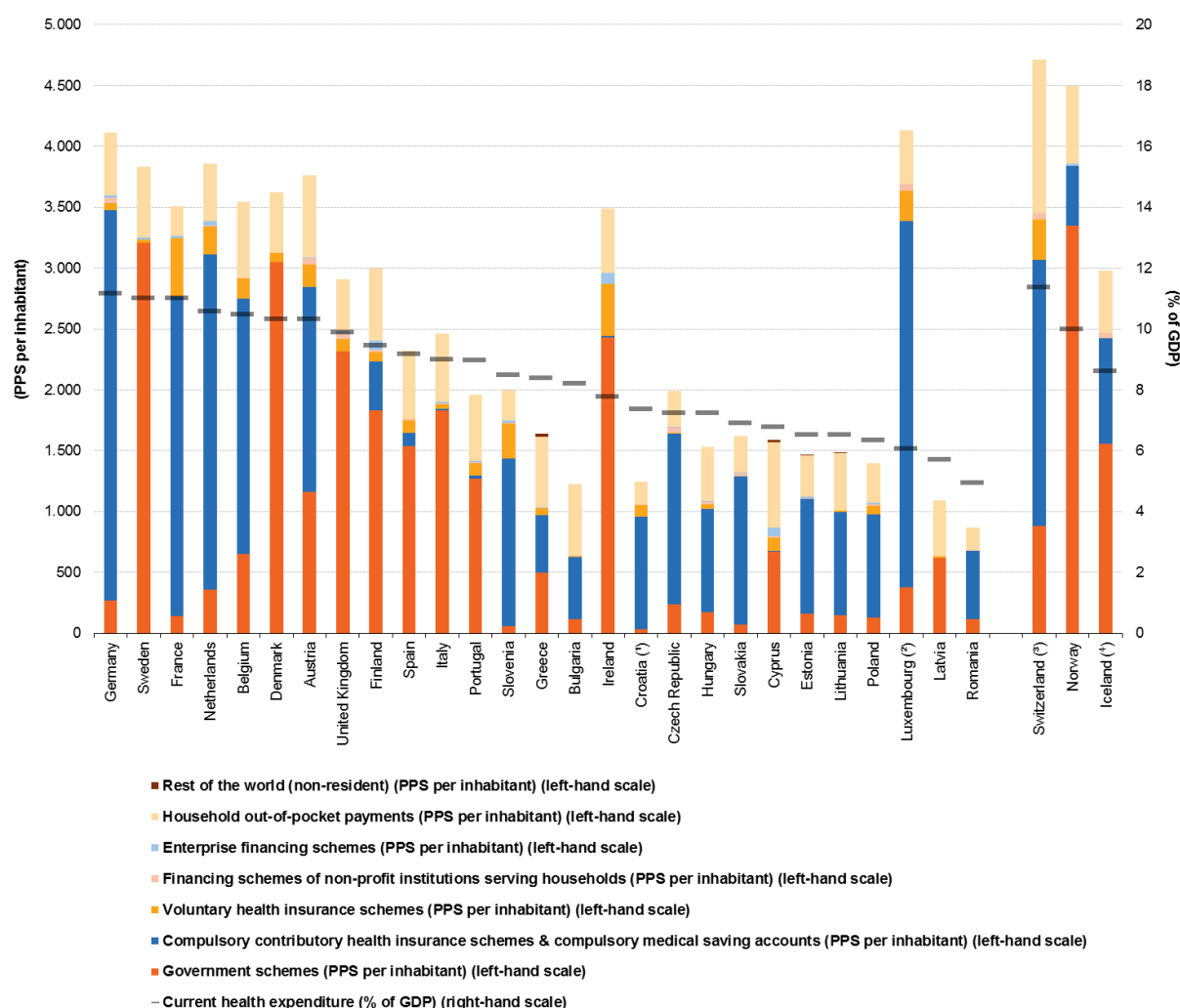
Ovim stajalištem AmCham želi dati preporuke za unaprjeđenje financiranja zdravstvenog sustava u RH.

Situacija u Hrvatskoj

Troškovi za zdravstvo

Prema zadnjim objavljenim podacima Statističkog ureda Europske unije (Eurostat), Hrvatska izdvaja manji udio bruto domaćeg proizvoda na zdravstvo od prosjeka EU (7,4% u odnosu na 8,4%), a troškovi za zdravstvo po stanovniku prilagođeni paritetu kupovne moći u Hrvatskoj značajno su niži od prosjeka na razini EU (1.245€ u odnosu na 2.431€).¹

Slika 1: Potrošnja na zdravstvene usluge u Hrvatskoj u odnosu na države EU



Izvor: EUROSTAT

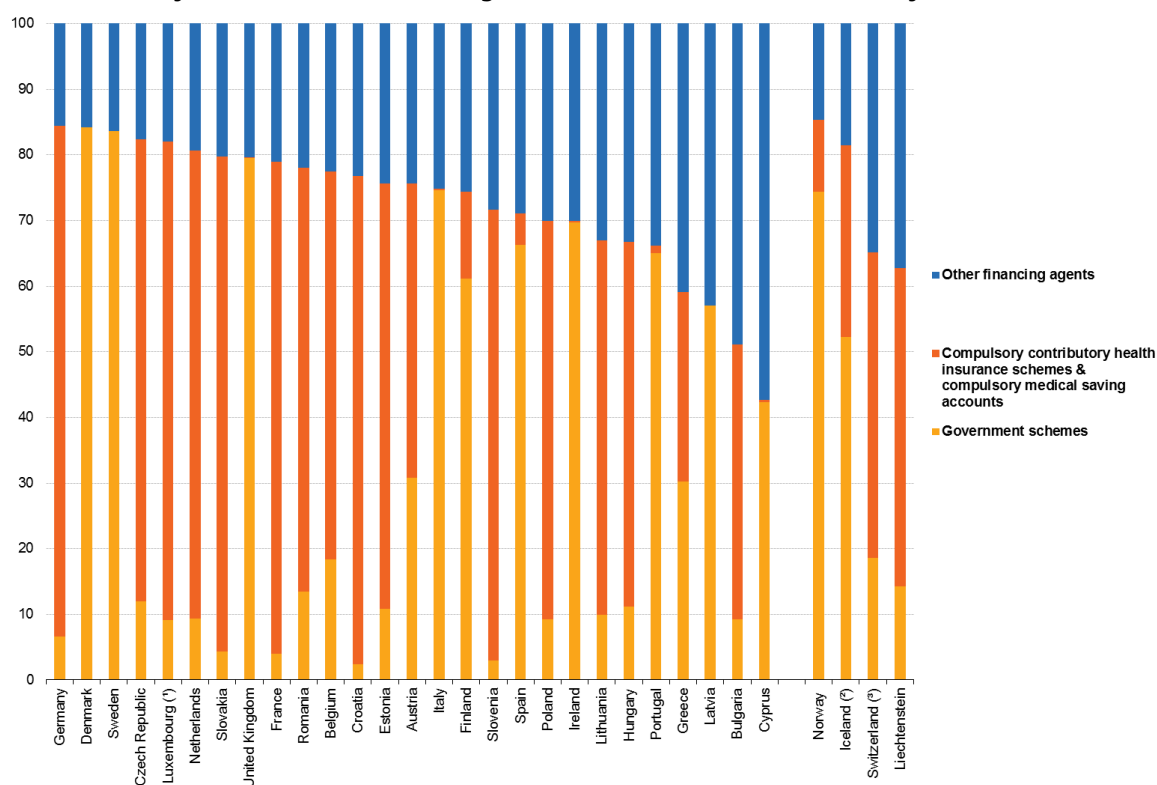
¹ EUROSTAT, *Healthcare expenditures statistics*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

Primjenom metodologije Sistema zdravstvenih računa (*System of Health Accounts, SHA*), podaci o troškovima za zdravstvo uključuju sve troškove za zdravstvenu skrb stanovništva bez obzira na izvor financiranja (socijalno osiguranje, dobrovoljno osiguranje, dohodak kućanstva). Budući da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) kao jedini pružatelj usluga osnovnog zdravstvenog osiguranja u RH u svojim godišnjim izvješćima o poslovanju među rashodima prijavljuje ne samo rashode za zdravstvenu zaštitu već i rashode za različite naknade, poput naknada zbog bolesti i invalidnosti te roditeljskih naknada, moguće je da su prijavljeni podaci o izdvajanju Hrvatske za zdravstvenu skrb nerealno visoki. Primjerice, prijavljeni rashodi HZZO-a za zdravstvenu zaštitu u 2017. godini iznosili su 87,84% ukupnih rashoda, dok su rashodi za naknade iznosili 10,46% ukupnih rashoda HZZO-a. ²

Izvori financiranja i financijski tokovi

Udio troškova javnog zdravstva u ukupnim zdravstvenim troškovima u RH iznosi oko 78%, dok je udio privatne potrošnje mali te prvenstveno zastupljen kroz direktno plaćanje zdravstvenih usluga iz dohotka kućanstva (plaćanje iz „džepa“).

Slika 2: Potrošnja na zdravstvene usluge s obzirom na izvor financiranja



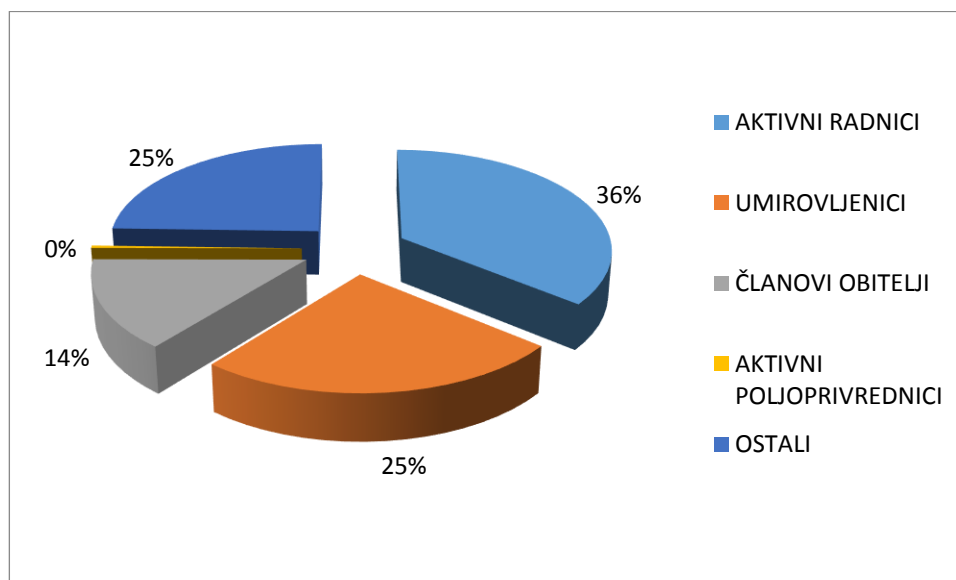
Izvor: EUROSTAT

² Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2018), *Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2017. godinu*. Zagreb: HZZO. Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2018/04/Izvjescje_o_poslovanju_hzzo_01122017.pdf?b32def

Republika Hrvatska pruža sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu svim svojim građanima u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja (OZO) koje provodi HZZO.

Tijekom 2017. g. evidentirano je ukupno 4.244.232 osoba osiguranih putem OZO HZZO-a, od čega 1.522.335 aktivnih (35,87%), a 2.721.897 ostalih osiguranika (64,13%).³

Slika 3: Učešće pojedinih kategorija osiguranika u ukupnom broju osiguranika RH za I – XII 2017. g.



Izvor: HZZO

Izvore financiranja HZZO-a za OZO dominantno čine:

- doprinosi za OZO (86% ukupnih prihoda u 2017. g.),
- prihodi iz državnog proračuna (9% ukupnih prihoda u 2017. g.),
- Prihodi po posebnim propisima (4% ukupnih prihoda u 2017. g.).
- Ostali prihodi (1% ukupnih prihoda u 2017. g.).

U 2017. g. stopa doprinosa za OZO je iznosila 15% na bruto plaće, 0,50% za ozljede na radu i profesionalne bolesti, te 3% na mirovine iznad 5.664 HRK.⁴

Prihode iz državnog proračuna za financiranje OZO sukladno članku 72. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju čine prihodi od doprinosa za nezaposlene osobe, prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine (u visini od 32% od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine), prihodi od doprinosa za osobe kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda, dodatni

³ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2018), *Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2017. godinu*, Zagreb: HZZO

⁴ Ibid.

doprinos za osiguranike korisnike mirovina po propisima o mirovinskom osiguranju i prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja.⁵

Prihode po posebnim propisima za financiranje OZO čine prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju, prihodi od obaveznog osiguranja od automobilske odgovornosti (u visini od 4% naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obaveznoga osiguranja od automobilske odgovornosti), prihodi od INO osiguranja te ostali prihodi.⁶

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje provode osiguravateljska društva, uključujući HZZO, koja mogu ugovoriti *dopunsko zdravstveno osiguranje* (pokriće troškova zdravstvene zaštite iz OZO koje HZZO ne plaća u cijelosti), *dodatno zdravstveno osiguranje* (pokriće troškova višeg standarda zdravstvene zaštite i većeg opsega prava u odnosu na prava iz OZO) ili *privatno zdravstveno osiguranje* kojim se osigurava zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u RH, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno ZOZO i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH.⁷

Udio troškova dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u ukupnim zdravstvenim troškovima iznosi oko 8%.⁸

Izravno plaćanje zdravstvenih usluga iz dohotka kućanstva čini većinu ukupnih privatnih troškova za zdravstvenu zaštitu. Ono uključuje plaćanje zdravstvenih usluga pružateljima usluga u privatnom vlasništvu i sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite osoba koje nemaju policu Dopunskog zdravstvenog osiguranja (troškovi zdravstvene zaštite iz OZO koje HZZO ne plaća u cijelosti do najviše 2.000 kn po jednom ispostavljenom računu, pregledi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u iznosu od 10 kn, izdavanje lijeka po receptu u iznosu od 10 kn).

Udio troškova direktnog plaćanja zdravstvenih usluga iz dohotka kućanstava u ukupnim zdravstvenim troškovima iznosi oko 16%.⁹

Ključni izazovi

Premda u stalnom porastu, troškovi za zdravstvo po stanovniku Hrvatskoj među najnižima su u Europskoj uniji.

Dodatno, opseg prava na zdravstvenu zaštitu koja se pokrivaju iz sredstava OZO je širok, bez jasne definicije vrste i količina zdravstvenih usluga na koje osiguranici imaju zakonsko pravo.

⁵ Narodne novine, *Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju* (NN br. 80/13, 137/13), Zagreb: Narodne novine d.d.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ EUROSTAT, *Healthcare expenditures statistics*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

⁹ Ibid.

Također, pojavljuje se i problem moralnog hazarda, tj. situacije u kojoj osiguranici utječu na povećanje troškova zdravstvenih usluga nedovoljno se čuvajući rizika i koristeći usluge OZO u opsegu većem od realnih potreba. Do problema moralnog hazarda dolazi prvenstveno zbog činjenice da je većina zdravstvenih usluga koje pokriva OZO, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u trenutku korištenja usluge za osiguranika besplatna.

Hrvatski zdravstveni sustav dominantno se financira iz sredstava doprinosa za OZO. U uvjetima demografskog starenja stanovništva i sveprisutnog iseljavanja radno aktivne populacije ovo ima za posljedicu očekivano smanjivanje prihoda iz doprinosa za OZO.

Porezna uprava Ministarstva financija nadležna za organiziranje, praćenje i kontrolu naplate doprinosa proteklih je godina izvještavala o značajnim dugovima za doprinose za OZO dijela velikih poslodavaca u RH.¹⁰

Dodatno, iznosi transfera sredstava iz državnog proračuna za određene kategorije osiguranika nisu usuglašeni između HZZO-a i Ministarstva financija. Primjerice, prema podacima i izračunu HZZO-a, transfer sredstava iz državnog proračuna HZZO-u za 2016. g. trebao je iznositi 4,2 milijarde HRK, dok je stvarni transfer sredstava iznosio 2,6 milijardi HRK. Istovremeno, prema izvješćima Državnog ureda za reviziju, obrazloženja financijskih planova HZZO-a su nedostatna i ne uključuju pokazatelje na kojima se zasniva izračun potrebnih sredstava za transfer HZZO-u za određene kategorije osiguranika što bi uključivalo jasnu definiciju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koja se za određene kategorije osiguranika financiraju iz državnog proračuna i elemente za izračun sredstava koja se za pojedino pravo iz državnog proračuna trebaju doznačavati HZZO-u.¹¹

Zbog gubitaka u poslovanju zdravstvenih ustanova i HZZO-a, tijekom 2013. i 2014. sredstvima državnog proračuna u iznosu od 6,5 milijardi HRK, provedena je sanacija zdravstvenih ustanova i HZZO-a. Ciljevi sanacije su bili ispunjavanje novčanih obveza u zakonskim rokovima te provođenje mjera reorganizacije i racionalizacije poslovanja kako bi se osigurala stabilnost poslovanja i onemogućilo stvaranje novih gubitaka. Iako su za sanaciju zdravstva utrošena znatna sredstava, planirani ciljevi nisu postignuti.¹²

¹⁰ Republika Hrvatska, Državni ured za reviziju (2018) *Izvješće o obavljenoj reviziji godišnjeg izvještaja o izvršenju državnog proračuna Republike Hrvatske za 2017. godinu*. Zagreb. Dostupno na: <http://www.revizija.hr/hr/izvjesca/revizija-2018>

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

Primjeri dobre prakse u EU

Nizozemska

Troškovi za zdravstvo

Nizozemski zdravstveni sustav je više od 5 godina zaredom ocjenjivan najboljim zdravstvenim sustavom u Europi po kvaliteti i dostupnosti zdravstvene zaštite (Europski zdravstveni potrošački indeks [*European Health Consumer Index, EHCI*]).¹³

Prema zadnjim objavljenim podacima Eurostat-a, Nizozemska spada među 5 država EU koje izdvajaju najviši udio bruto domaćeg proizvoda na zdravstvo (10,6%), a troškovi za zdravstvo po stanovniku prilagođeni paritetu kupovne moći značajno su viši od prosjeka na razini EU (3.857€ u odnosu na 2.431€).

Izvori financiranja i financijski tokovi

Javnozdravstvena skrb u Nizozemskoj osigurava se kroz sustave kurativne i dugotrajne zdravstvene skrbi financirane prvenstveno iz premija koje plaćaju osiguranici, doprinosa koje za zaposlenike plaćaju poslodavci te iz državnog proračuna.¹⁴

Obavezno izdvajanje od strane poslodavca ili posloprimca smatra se javnim zdravstvom, a trebalo bi se moći koristiti kod pružatelja usluga neovisno o njihovoj vlasničkoj strukturi.

Javnozdravstvena skrb je obvezna i osiguranik nema slobodu ni na koji način drugačije usmjeriti sredstva koja se u njegovo ime izdvajaju.

Svi nizozemski građani pokriveni su *obveznim zdravstvenim osiguranjem* za standardni paket osnovnih usluga definiran zakonom o zdravstvenom osiguranju (*Zorgverzekeringswet, Zvw*). Obvezno zdravstveno osiguranje pružaju privatne osiguravateljske kuće. Građani stariji od 18 godina dužni su kupiti policu obveznog zdravstvenog osiguranja direktno od osiguravatelja, i to po cijeni premije izračunate na temelju rizika zajednice (primjerice za 2015. g. prosječna godišnja premija iznosila je 1.211€). Za mlađe od 18 godina, iznos premije pokriva se iz državnog proračuna. Dodatno, poslodavci su dužni za svakog zaposlenika uplatiti doprinos za obavezno zdravstveno osiguranje poreznoj upravi u iznosu ovisnom o visini bruto plaće (primjerice za 2015. g. doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje je iznosio 6,95% bruto plaće uz maksimalni iznos doprinosa od 3.573€

¹³ Health Consumer Powerhouse (2012-2017): *Euro Health Consumer Index Reports 2013, 2014, 2015, 2016, 2017*. Marseillan: Health Consumer Powerhouse

¹⁴ Kroneman M. i sur. (2016) Netherlands health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2): 1 – 239. Dostupno na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf

godišnje). Ovako prikupljena sredstva se potom dodjeljuju osiguravateljskim kućama na temelju profila zdravstvenih rizika populacije koju pojedini osiguravatelj pokriva.¹⁵

Za neke kategorije pojedinaca i kućanstava država osigurava mjesečni doplatk za zdravstvenu zaštitu (2015. g. maksimalni iznos doplatka iznosio je 78€ za pojedince, tj. 149€ za kućanstva).¹⁶

Svi nizozemski građani pokriveni su *obveznim osiguranjem dugotrajne skrbi* za slučaj potrebe 24-satne zdravstvene njege prema zakonu o dugotrajnoj skrbi (*Wet Langdurige Zorg, Wlz*). Dugotrajna skrb financira se iz doprinosa na bruto plaću koji poslodavac uplaćuje poreznoj upravi (primjerice za 2016. g. doprinos za dugotrajnu skrb je iznosio 9,65% bruto plaće uz maksimalni iznos doprinosa od 3.241€ godišnje).

Dodatno, sredstvima iz državnog proračuna koja se dodjeljuju lokalnim zajednicama financira se mentalno zdravlje mladih i preventivna zdravstvena zaštita.¹⁷

Troškovi javnozdravstvene skrbi čine oko 82% u ukupnim zdravstvenim troškovima.¹⁸

Izravno plaćanje zdravstvenih usluga iz dohotka kućanstva prvenstveno se odnosi na obavezno sudjelovanje građana starijih od 18 g. u troškovima osnovne zdravstvene zaštite na način da u svakoj kalendarskoj godini plaćaju prethodno utvrđeni početni iznos troškova osnovne zdravstvene zaštite iz „džepa“, nakon čega daljnje troškove snosi osiguravatelj (za 2016. g. obavezno početno sudjelovanje u troškovima osnovne zdravstvene zaštite iznosilo je 385€).¹⁹

Također, građani su obavezni sudjelovati u troškovima dugotrajne skrbi, i to primjenom kompleksnih shema u ovisnosti o visini svojih mjesečnih prihoda.

Udio troškova izravnog plaćanja zdravstvenih usluga iz dohotka kućanstava u ukupnim zdravstvenim troškovima iznosi oko 13%.²⁰

Dobrovoljna zdravstvena osiguranja koja pružaju privatne osiguravateljske kuće uglavnom su dopunskog tipa i uključuju pokriće usluga koje nisu obuhvaćene paketom osnovnog zdravstvenog osiguranja.²¹

Udio troškova dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u ukupnim zdravstvenim troškovima iznosi oko 6%.²²

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ EUROSTAT, *Healthcare expenditures statistics*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

¹⁹ Kroneman M. i sur. (2016) Netherlands health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2): 1 – 239.

²⁰ EUROSTAT, *Healthcare expenditures statistics*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

²¹ Kroneman M. i sur. (2016) Netherlands health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2): 1 – 239.

Troškovi za zdravstvo

Češki zdravstveni sustav je više od 5 godina zaredom ocjenjivan kao jedan od najboljih zdravstvenih sustava među državama središnje i istočne Europe po kvaliteti i dostupnosti zdravstvene zaštite (Europski zdravstveni potrošački indeks [*European Health Consumer Index, EHCI*]).²³

Prema zadnjim objavljenim podacima Eurostat-a, Češka spada među države središnje i istočne Europe koje izdvajaju najviši udio bruto domaćeg proizvoda na zdravstvo (7,2%) i čiji su troškovi za zdravstvo po stanovniku prilagođeni paritetu kupovne moći među državama srednje i istočne Europe također među najvišima (1.992€).²⁴

Izvori financiranja i financijski tokovi

Javnozdravstvena skrb u Češkoj osigurava se kroz sustav obveznog zdravstvenog osiguranja financiran prvenstveno iz doprinosa na plaće i državnog proračuna.²⁵

Doprinos na bruto plaću za obvezno zdravstveno osiguranje iznosi 13,5%, od čega poslodavac plaća 9% a zaposlenik 4,5%. Za određene kategorije stanovnika, Ministarstvo financija plaća doprinose iz državnog proračuna.²⁶

Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje uplaćuju se osiguravateljskim kućama koje sudjeluju u pružanju obveznog zdravstvenog osiguranja. Sve osiguravateljske kuće prosljeđuju uplaćena sredstva Općem fondu za zdravstveno osiguranje (*Všeobecná zdravotní pojišťovna, VZP*) koji vrši redistribuciju sredstava osiguravateljima na temelju profila zdravstvenih rizika populacije koju pojedini osiguravatelj pokriva.²⁷

Pokrivenost zdravstvenom zaštitom u Češkoj je univerzalna s velikim opsegom prava na zdravstvenu zaštitu koja se pokrivaju iz sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja. Rationalizacija javne potrošnje provodi se prvenstveno putem ograničenja usluga koje se financiraju sredstvima obveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđivanja listi lijekova i medicinskih proizvoda, godišnjim pregovaranjem uvjeta refundacije usluga između osiguravatelja i pružatelja usluga

²² EUROSTAT, *Healthcare expenditures statistics*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

²³ Health Consumer Powerhouse (2012-2017): *Euro Health Consumer Index Reports 2013, 2014, 2015, 2016, 2017*. Marseillan: Health Consumer Powerhouse

²⁴ EUROSTAT, *Healthcare expenditures statistics*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

²⁵ Alexa J. i sur. (2015) Czech Republic health system review. *Health Systems in Transition*, 17(1): 1 – 164. Dostupno na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

zdravstvene zaštite te sudjelovanjem osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite.²⁸

Troškovi javnozdravstvene skrbi čine oko 83% u ukupnim zdravstvenim troškovima.²⁹

Izravno plaćanje zdravstvenih usluga iz dohotka kućanstva uglavnom se odnosi na direktna plaćanja nekih usluga koje nisu obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem, sudjelovanje osiguranika u troškovima osnovne zdravstvene zaštite (korisnička naknada za liječnički pregled, bolnički dan, korištenje primarne zdravstvene zaštite izvan radnog vremena, liječnički recept, doplata do iznosa pune cijene za lijekove čija je cijena pokrivena sredstvima osnovnog zdravstvenog osiguranja do razine referentne cijene).

Udio troškova izravnog plaćanja zdravstvenih usluga iz dohotka kućanstava u ukupnim zdravstvenim troškovima iznosi oko 15%.³⁰

Kao posljedica univerzalne pokrivenosti i širokog opsega prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, tržište dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja nije razvijeno. Dobrovoljna zdravstvena osiguranja uglavnom se odnose na osiguranje troškova zdravstvene zaštite kod putovanja u inozemstvo, osiguranje boljih uvjeta bolovanja, zdravstvena osiguranja za strance koji ne udovoljavaju kriterijima osiguranja putem češkog sustava obveznog zdravstvenog osiguranja te osiguranje nekih usluga koje nisu pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem.

Udio troškova dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u ukupnim zdravstvenim troškovima iznosi oko 1%.³¹

²⁸ Ibid.

²⁹ EUROSTAT, *Healthcare expenditures statistics*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

Preporuke

Imajući u vidu pokazatelje zdravstvenog stanja populacije, rastuće potrebe stanovništva za zdravstvenom zaštitom uvjetovane prvenstveno demografskim promjenama, ograničenja trenutnog modela financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj te dobre prakse država s najboljim zdravstvenim sustavima u Europi, AmCham predlaže da se dodatna financijska sredstva i racionalizacija financiranja sustava OZO osiguraju na sljedeće načine:

Povećanje prihoda OZO

1. Osiguranje učinkovite kontrole uplate doprinosa za OZO od strane Porezne uprave kao nadležnog tijela, uz postojanje adekvatnih sankcija za poslodavce koji krše zakonom propisane obveze. Na taj način bi se osigurala uplata doprinosa za OZO od strane poslodavaca na način kako je propisano.
2. Definicija prava iz OZO te elemenata za izračun sredstava za osiguranje tih prava od strane HZZO-a, kako bi se između HZZO-a i Ministarstva financija usuglasio iznos sredstava iz državnog proračuna koja je Ministarstvo financija dužno uplatiti za određene kategorije osiguranika.
3. Povećanje sudjelovanja korisnika u troškovima OZO uvođenjem prethodno utvrđenog početnog iznosa troškova zdravstvene zaštite koji osiguranik plaća izravno u svakoj kalendarskoj godini, nakon čega daljnje troškove snosi osiguravatelj. Određene kategorije osiguranika, odnosno određena zdravstvena stanja se izuzimaju iz ovakvog načina sudjelovanja u troškovima OZO (primjerice zdravstvena zaštita djece do 18. godine života, zdravstvena zaštita žena u vezi s praćenjem trudnoće i poroda, zdravstvena zaštita u vezi sa zaraznim, psihijatrijskim ili zloćudnim bolestima, hemodijaliza).
4. Povećanje sudjelovanja korisnika u troškovima OZO uvećanjem najvišeg iznosa sudjelovanja u troškovima bolničke zdravstvene zaštite (na iznos od najviše 120,26% proračunske osnovice po jednom ispostavljenom računu umjesto dosadašnjeg iznosa od najviše 60,13% proračunske osnovice).
5. Uvođenje mogućnosti pokrivanja troškova zdravstvene zaštite putem darovnica, donacija i dobrotvornih priloga međunarodnih ili domaćih pravnih osoba.
6. Uvođenje najnižeg iznosa mjesečne osnovice za obračun doprinosa za OZO po uzoru na sustav mirovinskog osiguranja:

najniži iznos mj. osnovice za obračun doprinosa za OZO = prosječna plaća x 0,38

Primjerice, za 2017. g. najniži iznos mjesečne osnovice za obračun doprinosa za OZO iznosio bi 3.047,60 kn (8.020,00 kn x 0,38), tj. 36.571,20 kn godišnje.

Na ovaj bi se način povećao broj osoba koje uplaćuju obavezan doprinos za OZO kroz regulaciju statusa osiguranih osoba čiji status trenutno nije jasno reguliran člankom 72. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Racionalizacija financiranja OZO

1. Definicija prava iz OZO od strane HZZO-a uz reviziju opsega prava na zdravstvenu zaštitu iz OZO, tj. definicija „košarice usluga“ pokrivenih iz sredstava OZO.
2. Definicija obveza osiguranika u okviru OZO (primjerice dolazak na zakazani liječnički pregled, pravovremeno otkazivanje zakazanog termina pregleda, odazivanje na preventivne zdravstvene preglede).
3. Uvođenje korisničke naknade kod neodgovornog ponašanja osiguranika (primjerice kod nedolaska na zakazani liječnički pregled bez da je isti pravovremeno otkazan, nepodizanja nalaza, neodazivanja na preventivne zdravstvene preglede).
4. Uvođenje ograničenja najvišeg iznosa mjesečne osnovice za obračun doprinosa za OZO po uzoru na sustav mirovinskog osiguranja:

najviši iznos mjesečne osnovice za obračun doprinosa za OZO = prosječna plaća x 6

Primjerice, za 2017. g. najviši iznos mjesečne osnovice za obračun doprinosa za OZO iznosio bi 48.120,00 kn (8.020,00 kn x 6), tj. 577.440,00 kn godišnje.

Smatramo da bi navedeni prijedlozi zahtijevali minimalne izmjene pravnog okvira financiranja zdravstvenog sustava, a rezultirali bi povećanjem raspoloživih financijskih sredstava i učinkovitijim trošenjem financijskih sredstava u sustavu javnog zdravstva.

Dugoročno planiranje strukture financiranja sustava zdravstva u kontekstu poticanja konkurentnosti Hrvatske

Kao dugoročnu mjeru povećanja učinkovitosti financiranja sustava zdravstva predlažemo razmotriti i rasterećenje poslodavaca od plaćanja doprinosa za OZO smanjenjem stope doprinosa za OZO koju je obavezan uplatiti poslodavac te uvođenjem stope doprinosa za OZO koju je obavezan uplatiti posloprimac.

Naime, stopa doprinosa za OZO od 15% bez utvrđenog najvišeg iznosa izdvajanja je visoka te značajno utječe na povećanje cijene rada u RH. Dodatno, za razliku od drugih država u EU, plaćanje doprinosa za OZO isključiva je obveza poslodavca dok posloprimac nema obvezu sudjelovanja u troškovima doprinosa za OZO. Visoka stopa doprinosa za OZO koji u cijelosti snosi poslodavac posljedično čini hrvatsko tržište rada manje konkurentnim.

Slika 4. Usporedba stope doprinosa za OZO: Slovenija, Češka, Nizozemska i Hrvatska

EU država	minimalna brutto plaća (lokalna valuta)	minimalna brutto plaća (€)	doprinos za OZO – stopa za poslodavca	doprinos za OZO – stopa za posloprimca	doprinos – ukupna stopa	doprinos za OZO – poslodavac (€)	doprinos za OZO – posloprimac (€)	ukupno doprinos za OZO (€)
Slovenija	843,00	843,00	6,56%	6,36%	12,92%	55,30	53,61	108,92
Češka	12.200,00	488,00	9,00%	4,50%	13,50%	43,92	21,96	65,88
Nizozemska	1.578,00	1.578,00	6,95%	9,65%	16,60%	109,67	152,28	261,95
Hrvatska	3.430,00	446,00	15,00%	0%	15,00%	66,90	0,00	66,90

Za očekivati je da ovo ima za posljedicu smanjenje izravnih inozemnih ulaganja u RH i otežano zadržavanje radne snage, osobito visoko kvalificirane radne snage.

Uvođenje ove promjene potrebno je provesti uz reviziju cjelokupne porezne politike plaća na način da uvođenje obveze plaćanja doprinosa za OZO za posloprimca bude popraćeno izmjenom stope poreza na dohodak kako bi u konačnici neto plaća posloprimca ostala nepromijenjena.

Za dodatne informacije molimo kontaktirajte:
Američka gospodarska komora u Hrvatskoj
Andrea Doko Jelušić,
Izvršna direktorica
T: 01 4836 777
E: andrea.doko@amcham.hr