

Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

*Viktor Gotovac**

UDK: 369.22:364-787.9
368.942:364-787.9

<https://doi.org/10.31297/hkju.23.2.2>
Original paper / izvorni znanstveni rad
Received / primljeno: 25. 2. 2023.
Accepted / prihvaćeno: 27. 4. 2023.

Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja pravni je institut normativno predviđen u našem zdravstvenom sustavu više od četrdeset godina koji je svoju znatniju primjenu doživio u posljednjih dvadesetak godina kao dodatni izvor financiranja javnog zdravstvenog sustava, uz obvezno zdravstveno osiguranje. Osobnim, izravnim, pokrićem kao i neizravnim pokrićem putem dopunskog zdravstvenog osiguranja troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u dijelu u kojem su osigurane osobe obvezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite tim se institutom na korisnike koji su osigurane osobe obveznog zdravstvenog osiguranja prebacuje dio troškova zdravstvene zaštite, čime su povećana sredstva za javni zdravstveni sustav i usluge koje on pruža. S obzirom na razdoblje primjene tog instituta ovim

* Viktor Gotovac, izvanredni profesor, Sveučilište u Zagrebu Pravni fakultet (Associate Professor, University of Zagreb Faculty of Law, Croatia, email: vgotovac@pravo.unizg.hr).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8442-7222>

se radom želi prikazati njegova obilježja u Republici Hrvatskoj te ga dovesti u vezu s primjenom u drugim europskim državama i razmotriti mogućnosti razvitka tog instituta.

Ključne riječi: zdravstveno osiguranje, osigurane osobe, sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, dopunsko zdravstveno osiguranje

1. Uvod

Pravni institut sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite¹ (*participation of insured persons in cost of health care, own contribution in cost of health care, cost-sharing of health care, co-payment of health care*; njem. *Beteiligung von Versicherten an den Gesundheitskosten, Selbstbehalt der Versicherten*; franc. *participation des personnes assurées aux frairs médicaux*) oblik je sufinanciranja zdravstvene zaštite od korisnika, osiguranih osoba. Obveza je osiguranih osoba sudjelovati u pokriću, snošenju dijela troškova zdravstvene zaštite u postocima do pune cijene zdravstvene zaštite. To sudjelovanje može biti neposredno, osobnim, izravnim, plaćanjem razlike između cijene koju osigurava socijalno zdravstveno osiguranje do pune cijene, ili posredno, neizravno, osiguravanjem putem dopunskoga zdravstvenog osiguranja koje plaća razliku (Pravni leksikon, 2007, str. 1550).

Riječ je, dakle, o jednom od načina, odnosno izvora financiranja zdravstvene zaštite, primjenjivog bez obzira na vrstu zdravstvenog sustava² odnosno način financiranja zdravstva i javnog zdravstvenog sustava. Neki autori jasno ističu da je riječ o načinu financiranja zdravstvenih usluga zdravstvene zaštite, no ne i socijalnog, obveznog zdravstvenog osigura-

¹ U ovom radu upotrebljavam pojam sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite kao skraćeni naziv za ovaj pravni institut kojem puni naziv glasi sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te obuhvaća, osim zdravstvene zaštite, lijekove, ortopedska i druga te dentalna pomagala.

² Riječ je o različitim vrstama sustava odnosa javnih i privatnih uloga i inicijativa u zdravstvu kojima se, u zadanom demografskom i epidemiološkom okružju, postižu ishodi u pogledu zdravlja koji se u suvremenoj sistematizaciji taksonomski tipiziraju kao: (a) sustav nacionalnog zdravstva – sustav zdravstva koji postoji u okružju općeg, demograntskog, socijalnog sustava; (b) sustav zdravstvenog osiguranja – sustav zdravstva koji postoji u okružju socijalnog sustava socijalnog osiguranja; te (c) liberalno-tržišni sustav zdravstva – sustav zdravstva koji postoji u okružju država blagostanja koje ne baštine uloge socijalne države (Gotovac, 2010, str. 146).

nja.³ To jest logičan pristup, s obzirom na to da je riječ o plaćanju *ex post facto* usluge, a ne općenitom financiranju zdravstvene zaštite *in abstracto*. Riječ je o minucioznom diferenciranju u koje u ovom radu neću ulaziti, već će se financiranje zdravstvene zaštite dijelom poistovjetiti i s neizravnim financiranjem socijalnog zdravstvenog osiguranja kada se ionako umanje-
njem pokriva usluge zdravstvene zaštite i posljedičnom potrebom da se osobno sudjeluje u njezinim troškovima povećava ukupan fond sredstava za zdravstvenu zaštitu, što rezultira širenjem njezina obuhvata (Scheil-Adlung, 2013, str. 17).

Pravna primjena instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja nipošto nije specifičnost Republike Hrvatske, već postoji u većini država sustava socijalnog zdravstvenog osiguranja, a i u državama sustava nacionalnog zdravstva. Nastanak i primjena tog instituta povezani su s nastojanjem i nužnošću proširenja financijske osnove javnih zdravstvenih sustava tijekom osamdesetih i devedesetih godina XX. stoljeća kada troškovi javnih zdravstvenih sustava ubrzano rastu i tako impliciraju nužne promjene. Sistemska promjena u financiranju bila je da se prikupljanje sredstava za zdravstvene sustave diverzificira i usmjeri mješovitim izvorima financiranja i za javne sustave i zdravstvenu zaštitu koja se u njima pruža. Javni i obvezni način prikupljanja sredstava doprinosima i porezima, što je u socijalnim državama temeljno načelo, nadopunjeno je primjerenom evaluacijom privatnog financiranja obvezom osobnog snošenja i plaćanja dijela troškova zdravstvene zaštite, a potom je s istom svrhom razvijeno dopunsko zdravstveno osiguranje koje takvo plaćanje iz vlastitog džepa zamjenjuje te umjesto osigurane osobe snosi sudjelovanje u troškovima. Konceptijski, dakle, na taj se način u javni zdravstveni sustav, koji počiva na obveznom socijalnom osiguranju ili poreznom financiranju, uvodi dopunski izvor financiranja, privatni, osobnim plaćanjem ili dopunskim osiguranjem (Thomson, Sagan & Mossialos, 2020, str. 3).

Više je dimenzija vrijednosti promatranja ovog pravnog instituta. Prvo, što je objašnjeno, riječ je o jednom od načina odnosno izvora financiranja zdravstvene zaštite u okviru javnog zdravstvenog sustava, po utrošku sredstava drugog javnog sustava socijalne sigurnosti čiji izdaci u nas iznose

³ U ovom radu upotrebljavam pojam obveznog zdravstvenog osiguranja s obzirom na to da je to normativni termin koji se koristi u zakonskom uređenju. Umjesto tog pojma taj bi se oblik zdravstvenog osiguranja mogao identificirati i kao socijalno, javno, državno ili osnovno zdravstveno osiguranje s identičnim pojmovnim određenjem. U nekim se slučajevima koristi i pojam zakonsko zdravstveno osiguranje, što upućuje na zakonom određenu obveznost, osobito u vezi s financiranjem (Roemer, 1998, str. 95–96).

oko 6,83 % BDP-a u 2018. godini (Šimović & Primorac, 2021, str. 7).⁴ Nadalje, relevantan je i zaseban financijski učinak toga pravnog instituta, HRK 1.767.516.634,00 u 2021. godini (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2022, str. 14–15). Važan je i kao pravni institut kojem je korelirano dopunsko dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje i samo ima važan financijski učinak – ukupni iznos premija HZZO-ova dopunskog zdravstvenog osiguranja i onog privatnih osiguravatelja u 2021. godini bio je oko HRK 1,90 mlrd. (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2022, str. 14; Hrvatski ured za osiguranje, 2022, str. 46).

Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj uređeno je odredbom čl. 19/3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (ZOZO), no kao mogućnost ono je bilo normirano već prvim hrvatskim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, a koji je nastavio uređenje Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980. godine. U cijelom tom razdoblju sam pravni institut tretiran je gotovo isključivo kao modalitet financiranja zdravstvene zaštite te ni on, a ni mogućnosti njegova preuređenja nisu ozbiljnije istraživački obrađivani i raspravljani, što je rezultiralo znanstvenom i stručnom podcijenjenošću i zapostavljanjem. Utoliko su od samog početka primjena i njezino praktično oblikovanje u nas u velikoj mjeri odvojeni od promišljanja u okviru zdravstvene politike te je prepušteno političkoj pragmi i financijskim odlukama koje rezultiraju iz stihije rasta troškova u zdravstvenom sustavu te potrebe da se na prihodovnoj strani povećaju iznosi za javni zdravstveni sustav radi zadovoljavanja potreba zdravstvene zaštite. Stoga je sadašnje stanje, ovdje opisano, kao i izvjesnost budućih kretanja, u najbolju ruku, rezultat stohastičkog, a ne promišljenog modela.

Aktualnim normativnim uređenjem utvrđuju se usluge zdravstvene zaštite te iznos pokriva troškova zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, čemu je komplementaran onaj dio u kojem su osigurane osobe obvezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite. Na taj se način osigurane osobe uključuju u izravno sufinanciranje troškova zdravstvene zaštite, čime se nadopunjava djelovanje socijalnog zdravstvenog osiguranja, u nas normativno nominiranog obveznog zdravstvenog osiguranja. Taj se dodatni izvor sredstava može prikupljati neposredno, osobnim i izravnim pokrićem, ili posredno, neizravnim pokrićem dopunskim zdravstvenim osiguranjem, uređenim Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (ZDZO).

⁴ U širem smislu to je središnji dio zdravstvenog sustava koji kumulira izdatke u razini 7,8 % BDP-a u 2020. godini (OECD & European Union, 2022, str. 131).

Rad koji slijedi razrađuje obilježja instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj i usporednopravno te se razmatraju i moguće uloge, scenariji i smjerovi razvitka tog instituta. Rad je podijeljen u četiri cjeline. Nakon uvoda opisuju se okružje, kontekst i akteri uz koje taj institut nastaje. Potom se sistematiziraju obilježja i prakse u različitim nacionalnim sustavima, uključujući i hrvatski, te se pojašnjavaju mogućnosti preuređenja tog instituta. Konačno, u četvrtom se dijelu daju zaključna razmatranja.

2. Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite u društvenom kontekstu

2.1. Sustavni kontekst uvođenja instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

Za javne zdravstvene sustave paradigmatično je sustavno javno financiranje i to socijalnim zdravstvenim osiguranjem – doprinosima u sustavima zdravstvenog osiguranja, proračunski – porezima u sustavima nacionalnog zdravstva. Naravno, u uvjetima suvremenog rasta troškova zdravstva ne postoji singularitet i ekskluzivitet izvora njegovog financiranja te ni kada govorimo o doprinosima ni o porezima to nije niti može biti jedini izvor financiranja. Slijedom toga se, a što je osobito izraženo u uvjetima globalnog prepoznavanja rasta rashoda zdravstvenih sustava, uvjetovanih dominantno rastom kvalitete, ali i troškova zdravstvene zaštite i lijekova te globalnim demografskim kretanjima, uz poreze i doprinose, javlja dijapazon drugih izvora financiranja, a između njih, na podređan način, barem djelomično, figurira i sudjelovanje osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite.

Opisivanje suvremene situacije na određen način paradigmatički oslikava i regresiju socijalne države posljednjih desetljeća. Naime, promišljajući sustav zdravstvenog osiguranja u kojima temeljna materijalna osnova proizlazi iz socijalnog zdravstvenog osiguranja, a jednako je i s nacionalnom zdravstvenom službom u sustavu nacionalnog zdravstva, konačno i privatnim zdravstvenim osiguranjem u liberalno-tržišnom sustavu zdravstva, u povijesnom se okviru svi ti sustavi emancipiraju na temi i svrsi nadomještanja vlastitog i neposrednog izvornog snošenja troškova zdravstvene zaštite, najizravnijeg načina na koji osigurane osobe plaćaju za pruženu zdravstvenu zaštitu (Bosco & Hutsebaut, 1997, str. 317). Financijsko opterećenje te, stoga, regresivnost vlastitog i neposrednog izvornog snošenja

troškova zdravstvene zaštite, odnosno podredno i privatnog zdravstvenog osiguranja, usmjerili su zdravstvene sustave, ovdje ponajprije promatrano u okviru Europe, prema socijalnoj osnovi, odnosno utemeljenju na socijalnom zdravstvenom osiguranju odnosno nacionalnoj zdravstvenoj službi, kao mehanizmima akumuliranja potrebnih sredstava. Tom je logikom u velikom broju država u „zlatno doba“, „zenitu“ socijalne države eliminirano vlastito i neposredno izvorno snošenje troškova zdravstvene zaštite od njezinih korisnika, a što se smatralo i ključnim postignućem socijalne države u cilju ovlašćivanja na socijalna prava kao temeljna ljudska prava.

Međutim, nadolaskom krize socijalne države i sustava socijalne sigurnosti, ponajviše tijekom sedamdesetih, osamdesetih i devedesetih godina prošloga stoljeća, što koincidira i s razdobljem znatnijeg rasta troškova zdravstvenih sustava u razvijenim državama, u čemu ulogu imaju i demografska kretanja, ponajprije starenje društva, i brojni drugi faktori, pogođeni su i sustavi kojima se prikupljala materijalna osnova javnih zdravstvenih sustava, i onih socijalnog zdravstvenog osiguranja i onih nacionalne zdravstvene službe. U tim je uvjetima, do tada eliminirano odnosno u najvećoj mjeri reducirano, vlastito i neposredno izvorno snošenje troškova zdravstvene zaštite namjesto društvenog postignuća postalo teret za zdravstveni sustav. Dakle, kako je ekonomska globalizacija onemogućila jednostavno povećanje poreznih ili doprinosnih prihoda, što bi bio najjednostavniji odgovor u uvjetima autarkičnih nacionalnih gospodarstava, jer bi to utjecalo na troškove proizvodnji, to se rješenje potražilo u ponovnom uključivanju korisnika u snošenje troškova zdravstvene zaštite. Utoliko se u posljednjih četrdesetak i više godina uobičajilo da osigurane osobe, kao korisnici zdravstvene zaštite, sudjeluju u snošenju troškova zdravstvene zaštite te da se time implicitno povećaju davanja građana za javni zdravstveni sustav.⁵

2.2. Funkcionalni kontekst instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

Više je načina kako se sudjelovanje u ukupnom trošku koštanja usluge zdravstvene zaštite praktično provodi, što će se detaljnije prikazati u tek-

⁵ Valja reći da je Bismarckovo uređenje socijalnog zdravstvenog osiguranja iz 1883. godine već imalo ugrađen sustav sudjelovanja u troškovima kako bi se reducirao rast troškova, a u Belgiji je on uveden 1923. godine. No, ekonomska kriza s kraja 1970-ih i kasnija važnost globalizacijskih procesa svakako su potaknuli širu primjenu tih mehanizama (Maarse et al., 2013, str. 325).

stu, no logika opravdanja tog pravnog instituta gotovo je uvijek na jednak način predstavljena.

Prije svega, zagovornici ovog pristupa smatraju da se sudjelovanjem na navedeni način umanjuje ukupna potražnja za zdravstvenom zaštitom. Prema istraživanju *RAND Health Insurance Experiment* čak i razmjerno niski iznosi sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite smanjuju potražnju za zdravstvenom zaštitom (Glied & Stabile, 2013, str. 87–88). Istodobno se povećavaju prihodi kojima se može proširiti pružanje zdravstvene zaštite. Naravno, ta se dva učinka umanjuju i isključuju: ako se reducira ukupna potražnja za zdravstvenom zaštitom, tada su i postignuti dodatni prihodi – manji. Uz to bitna polazna postavka jest potreba da se trošak prikupljanja u bitnome minimizira u odnosu na iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite da troškovi administriranja tog sudjelovanja te i s tim povezani rad ne bi vrijednošću nadišli iznos ostvaren sudjelovanjem u troškovima (Mossialos & Dixon, 2002, str. 22–23).

Oba se elementa mogu problematizirati. Racionaliziranje korištenja resursa zdravstvenih sustava kod sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite ne osniva se, u biti, na učinkovitijem ili svrhovitijem korištenju zdravstvene zaštite koja bi odgovarala ekonomskom konceptu učinkovitosti, već je riječ o provođenju ušteda eliminacijom odnosno redukcijom korištenja zdravstvenih sustava uopće. Ta nesofisticiranost, neselektivnost i ekstenzivnost velikim je dijelom u svezi s činjenicom da je riječ o socijalnom, javno financiranom, zdravstvenom sustavu u kojem, slijedeći iz načela obveznosti, zakonodavni karakter uređenja omogućava, štoviše promovira, nedomišljena birokratizirana rješenja.

Što se tiče ideje racionalizacije neindiciranog i nepotrebnog korištenja zdravstvenom zaštitom kao resursom zdravstvenih sustava koja počiva na tome da će osigurane osobe, ako snose dio troškova, zdravstvenu zaštitu racionalnije koristiti, odnosno koristiti samo kada je nužno, čime bi se izbjegao „moralni hazard“ (Robinson, 2002, str. 161), valja navesti sustavnu pogrešku pristupa: on izravno napada obilježje socijalnosti i solidarnosti u suvremenim javnim zdravstvenim sustavima (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 45; Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 56; Robinson, 2002, str. 163; Mijatović, 2006, str. 1622; Dixon, Langenbrunner & Mossialos, 2004, str. 53). Osim teorijom pretpostavljenog, iako pogrešno valoriziranog, pozitivnog financijskog učinka, postoji i onaj društveno rizičniji. Naime, u sudjelovanju u troškovima zdravstvene zaštite krije se zamka za siromašnije osigurane osobe. Kod njih se pojavljuje individualna percepcija rizičnosti, pri čemu štetnost obveze sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite za njih vodi znatnom

financijskom opterećenju, uključivo i gubitak do razine identificiranja katastrofičnog financijskog rizika odnosno rizika katastrofičnog financijskog gubitka uzrokovanog zdravstvenim troškovima nastalim sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite. Slijedom toga za njih se nameće izbor između osiromašenja ili nekorištenja zdravstvenom zaštitom, što obesmišljuje i samo obvezno zdravstveno osiguranje, odnosno nacionalnu zdravstvenu službu u odgovarajućim državama. Stoga je evidentna socijalna potreba za odgovarajućom sustavnom reakcijom.

Odgovor na gornji rizik, s ciljem preveniranja odnosno njegova saniranja, u konstrukciji je dobrovoljnog, dopunskog, zdravstvenog osiguranja kojim se ostvaruje socijalni cilj zaštite opisanih društvenih skupina i stanovništva na način da je za njih teret tog osiguranja niži od rizika potencijalnih zdravstvenih troškova (Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 60).

Međutim, uvođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja perpetuira se paradoksalna posljedica: korištenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja osigurane osobe više ne uočavaju negativne posljedice sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Stoga 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 (Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 59–60). To, naravno, uz uvjet da ne postoji granica iznosa koji se može koristiti.

Ukratko, ako je cilj racionalizacija korištenja resursa zdravstvenog sustava, tada se uvođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja obesmišljuje institut sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite te se postavlja pitanje treba li ga uopće uvoditi ako kreiramo mehanizam koji mu zaobilazi svrhu. Pojednostavnjeno, nameće se suboptimalni izbor između rizika siromaštva i rizika povećanja zdravstvene potrošnje unatoč institutu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (Martin & Del Sol, 2021, str. 118).

Utoliko opstaje samo mnogo pragmatičniji stav kako je smisao sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite objašnjiv dodatnim izvorom financiranja⁶ kojim se može ostvariti prihod koji građani nisu spremni platiti višim porezima ili doprinosima. A taj se prihod, potom, može usmjeriti

⁶ U nekim se izvorima navodi da je, ipak, smisao sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite i u financiranju zdravstvenog sustava. (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 45; Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 56; Robinson, 2002, str. 163; Mijatović, 2006, str. 1622). Navedeno se posebno napominje za države srednje i istočne Europe (Robinson, 2002, str. 161).

prema pojedinim društvenim potrebama, proširenju dijapazona pružane zdravstvene zaštite ili prema određenim društvenim skupinama (Robinson, 2002, str. 161–163). No, ni taj pristup nije doktrinarno sasvim ispravan.

Sistemska je greška kod diverzificiranja izvora financiranja normiranjem izravnog, osobnog sudjelovanja korisnika, osiguranih osoba, u snošenju troškova zdravstvene zaštite i lijekova razvidna u tome što se uvođenjem osobnog izravnog plaćanja na neki način deinstitucionalizira temeljni način financiranja zdravstvene zaštite, bio on socijalnog zdravstvenog osiguranja ili nacionalne zdravstvene službe. To, pak, za posljedicu ima umanjenje primjene načela solidarnosti između zdravih i bolesnih, bogatih i siromašnih, mladih i starih, što implicira posljedično dodatno opterećenje pojedinca odnosno kućanstva. Dakle, naplaćuje se od onih koji su u stanju potrebe izazvane rizikom, što konkurrira solidarnosti sustava. To, potom, utječe i na dostupnost usluge zdravstvenog sustava. Ako su solidarnost i dostupnost obilježja i svrha socijalne države ostvarene kroz javni sustav zdravstva, tada je njihovo umanjenje negacija odnosno deprecijacija socijalne države na tom polju.⁷

Nesporna je, ipak, jedna sistemska funkcija. Na taj se način sredstva, kao prihodi, izravno transferiraju pružateljima zdravstvene zaštite, bez odgode ili posrednika u vidu obveznog osiguranja ili slično, što može biti korisno za efikasnost pružanja zdravstvene zaštite i djelovanje pružatelja (Glied & Stabile, 2013, str. 87–88).

2.3. Odnos relevantnih aktera prema institutu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

U suvremenom okružju primjena instituta sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite gotovo je sveprisutna, barem u nekom segmentu troškova zdravstvene zaštite. Zanimljiv je odnos pojedinih aktera prema tom institutu, koloplet motivacija i interesa, što može pojasniti silnice koje obeshrabruju otpore tom institutu, odnosno potenciraju primjenu.

Promatrajući odnose političkih aktera, valja, prije svega, naglasiti da opcije koje ideološku potku nalaze u liberalnoj paradigmi ili ekonomski konzer-

⁷ Međutim, neki ipak smatraju da nije tako, već da se upravo podjelom troškova generira osjećaj solidarnosti da „svatko nešto plaća“ (Fox & Reich, 2013, str. 410).

vativnom pristupu u sudjelovanju osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite vide mogućnost uvođenja individualizirane odgovornosti za zdravstveno stanje, a također i element tržišnog pristupa zdravstvu i u uvjetima socijalnog javnog zdravstva. To identificira njihovu evidentnu i logičnu potporu uvođenju i primjeni tog instituta. S druge strane, politički akteri izgrađeni na lijevim ideologijama ili zagovaraju etatiističku ulogu i socijalni intervencionizam uvođenja sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite neće poticati, ali će u primjeni vidjeti mogućnost širenja obuhvata prava na zdravstvenu zaštitu, dakle komplementirat će namjesto reducirati prava i njihov obuhvat.

Političkim elitama općenito, osobito onima na vlasti, sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite sa svrhom povećanja prihoda javnog sustava osnovanog na socijalnom zdravstvenom osiguranju, odnosno nacionalnoj zdravstvenoj službi, kako bi se pokrio rast rashoda zdravstvenih sustava, prihvatljivija je alternativa od podizanja stopa doprinosa socijalnog zdravstvenog osiguranja odnosno poreznih stopa kako bi se doprinosnim odnosno poreznim financiranjem ostvario rast prihoda. Naime, sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite „neprimjetan“ je, manje razvidan, način podizanja izdvajanja za zdravstvene sustave. Zdravstvenu zaštitu u određenom trenutku koristi samo dio osiguranih osoba te će samo one biti obuhvaćene sudjelovanjem osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite, a i one samo dok se koriste zdravstvenom zaštitom. Kako su osigurane osobe istodobno i politički *populus*, glasači, tako na taj način samo dio njih osjeća posljedice poskupljenja zdravstvene zaštite odnosno podizanja izdvajanja za zdravstvene sustave. To politički rizik poskupljenja zdravstvene zaštite odnosno podizanja izdvajanja za zdravstvene sustave kod sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite čini manjim, prihvatljivijim.⁸

Nadalje, u nacionalnim sustavima u kojima postoji javni zdravstveni sustav financijski osnovan na socijalnom zdravstvenom osiguranju ili nacionalnoj zdravstvenoj službi, interes u odnosu na sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite imaju akteri privatnog zdravstvenog sustava koji u bitnome podupiru uvođenje sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstve-

⁸ Naravno, opseg rasta troškova zdravstvenih sustava *ultima ratio* neće moći biti pokriven samo prihodima sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, već će dugoročno trebati djelovati i na stope doprinosa socijalnog zdravstvenog osiguranja, odnosno porezne stope kako bi se doprinosnim odnosno poreznim financiranjem ostvario odgovarajući nužni rast prihoda socijalnog zdravstvenog osiguranja, što je izraz solidarnosti, pravednije i pravičnije, a i znatno učinkovitije (Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 57; Robinson, 2002, str. 181).

ne zaštite s obzirom na to da na taj način izravno poboljšavaju svoj status. Naime, na taj način javni zdravstveni sustav prestaje biti „besplatan“, čime se mijenja odnos cijene zdravstvene zaštite javnih i privatnih zdravstvenih sustava na način da, barem marginalno, u relativnim iznosima dolazi do „pojeftinjenja“ zdravstvene zaštite privatnih zdravstvenih sustava u odnosu na one javnih zdravstvenih sustava.⁹

Upravo opisano na odgovarajući način moguće je identificirati i kod dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja – kada je već potrebno sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite – stvara se dojam veće „isplativosti“ dobrovoljnog zdravstvenog osiguravanja kojim će se, također uz plaćanje, ostvariti druga, viša razina prava, odnosno u relativnim iznosima dolazi do „pojeftinjenja“ dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Konačno, kako se uvođenjem sudjelovanja otvara i veći prostor za primjenu proizvoda znanstveno-tehnološkog razvitka, prije svega lijekova i pomagala, to se i oko toga mogu formirati interesi aktera. Stoga će, primjerice, industrija i proizvođači inovativnih i skupih lijekova podupirati institut sudjelovanja, s obzirom na to da se dio troška primjene tih novih proizvoda sudjelovanjem osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite može „prebaciti“ na osigurane osobe, čime ti proizvodi postaju jeftiniji odnosno troškovno konkurentniji (Ministarstvo za zdravlje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 57).

3. Obilježja i prakse sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

3.1. Modaliteti sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

Praktična provedba sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite ponajčešće se provodi plaćanjem udjela u tim troškovima. Modaliteti tog sudjelovanja različiti su. Provedbeno najjednostavniji način

⁹ Naime, sudjelovanje osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite inducirat će propitivanje je li zdravstvena zaštita socijalnog zdravstvenog sustava (koji počiva na socijalnom zdravstvenom osiguranju) dostatne ili odgovarajuće vrijednosti koja bi opravdala plaćanje toga sudjelovanja. Kako to plaćanje umanjuje marginalnu vrijednost te zdravstvene zaštite, tako se, iako su troškovi veći, kao prihvatljiva alternativa pojavljuju privatni zdravstveni sustavi, odnosno njihova zdravstvena zaštita (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 9).

jest da se za korištenje zdravstvene zaštite plaća administrativna pristojba u fiksnom iznosu (*user fee, user charge*), dakle da se za definiran skup usluga zdravstvene zaštite utvrdi jedan ili više odgovarajućih iznosa sudjelovanja u apsolutnom novčanom iznosu. Druga je mogućnost da se u troškovima zdravstvene zaštite sudjeluje plaćanjem udjela u tim troškovima (*co-payment, co-insurance*)¹⁰, dakle bilo osobno ili putem nekog posebnog osiguranja kakvo u nas jest dopunsko zdravstveno osiguranje. Konačno, postoji mogućnost formiranja odbitne franšize¹¹ (*deductible*) u kojem slučaju kod korištenja zdravstvenom zaštitom osigurana osoba, kao korisnik zdravstvene zaštite, plaća troškove usluge do iznosa franšize, dok preostali dio snosi treća strana – osiguravatelj (Robinson, 2002, str. 162).¹²

Osim navedenih izravnih načina sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite mogući su i implicitni načini sudjelovanja koji se nazivaju neizravnim načinima sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite. Ne postoji posebna definicija ni način identifikacije tih načina, već je riječ o praktičnoj potrebi da osigurana osoba snosi troškove zdravstvene zaštite koja se ne financira socijalnim zdravstvenim osiguranjem, odnosno kroz nacionalnu zdravstvenu službu u sustavu nacionalnog zdravstva (Robinson, 2002, str. 162). Neki autori takav pristup nazivaju referentnim cijenama (*reference pricing*), pri čemu se za određenu uslugu, lijek ili slično, plaća određeni iznos, bez obzira na to kako se izvodi (Gotsadze & Gaál, 2010, str. 188–189). Primjer takva pristupa bio bi onaj iz odredbe čl. 20. ZOZO-a. Dakle, ako postoji mogućnost da socijalno zdravstveno osiguranje snosi troškove medikoekonomski najsvrhovitijih lijekova za liječenje svih bolesti koji se nalaze na osnovnoj listi, na kojoj su često generici istog učinka, dok bi osigurana osoba za drugi lijek istih svojstava i indiciranih

¹⁰ Razlika između *co-payment* i *co-insurance* jest da se u prvom slučaju utvrđuje neki iznos udjela sudjelovanja, a u drugom postotni udio sudjelovanja (Glied & Stabile, 2013, str. 87).

¹¹ Franšizu je moguće formulirati i na način da osigurana osoba, kao korisnik zdravstvene zaštite, plaća njezine troškove preko iznosa franšize koju snosi treća strana. Navedeni način (*balance billing*) znatno je rjeđi s obzirom na to da u svojoj biti podrazumijeva iznos franšize koji će biti niži od vlastitog i neposrednog izvornog snošenja troškova zdravstvene zaštite te je oblik vlastitog i neposrednog izvornog snošenja troškova zdravstvene zaštite, no u ponešto umanjenom iznosu (Robinson, 2002, str. 162).

¹² Slijedom činjenice što do sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite dolazi prigodom bolesti ili ozljede, dakle u situaciji kada se zbog potrebe za zdravstvenom zaštitom osigurana osoba koristi pravom na zdravstvenu zaštitu, to se često sudjelovanje osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite naziva „porezom“ na bolest (ili bolesne), odnosno za slučaj socijalnog zdravstvenog osiguranja više bi odgovarao pojam „doprinosa“ na bolest (ili bolesne) (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 9).

djelovanja, u nas s dopunske liste, trebala platiti razliku u cijeni – to je način neizravnog sudjelovanja osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite.

Time što teret dijela troškova zdravstvene zaštite prenosi sa zdravih na bolesne, s osoba boljeg na osobe lošijeg imovnog stanja, odnosno s mlađih na starije, načelno, sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite ima regresivan učinak i umanjuje utjecaj načela solidarnosti. To je posljedica bez obzira na modalitet sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Obilježju regresivnosti koje je negativno percipirano u okviru solidarnosti javnog sustava pokušava se doskočiti određenim zaštitnim mehanizmima, koji se odnose na cjelokupnu populaciju osiguranih osoba ili određene skupine. Tako se mogu uvoditi umanjena sudjelovanja, iznimke koje se odnose na određenu populaciju ili usluge zdravstvene zaštite za nju, umanjena za plaćanja unaprijed, godišnje maksimume iznosa sudjelovanja, porezne olakšice ili oslobođenja za iznose sudjelovanja (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 45). Konačno, i dopunsko je zdravstveno osiguranje uspostavljeno s istom svrhom.

3.2. Usluge u kojima se sudjeluje u troškovima zdravstvene zaštite

Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite najčešće se ne provodi u cjelokupnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno u cjelokupnoj zdravstvenoj zaštiti na jednak način, već se diferenciraju usluge kod kojih se u troškovima sudjeluje u odnosu na one kod kojih sudjelovanja nema. Tako se prema ZOZO-u, uređenju odredbom čl. 19/2. taksativno utvrđuje 23 točke, koje su u naravi usluge zdravstvene zaštite u pogledu cijele ili dijela populacije osiguranih osoba kod kojih osiguranim osobama u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti. Nastavno se, odredbama čl. 19/3. i 4. ZOZO-a utvrđuje zdravstvena zaštita za koju se obvezno sudjeluje u troškovima. Odredbama čl. 20.–23. ZOZO-a definira se neizravno sudjelovanje u troškovima lijekova, ortopedskih i drugih te dentalnih pomagala na način da se oni s odgovarajuće osnovne liste pokrivaju u cijelosti iz obveznog zdravstvenog osiguranja, dok se za lijekove s dopunske, a ortopedska i druga te dentalnih pomagala s dodatne liste sudjeluje u troškovima preko cijene ekvivalenta s osnovne liste. Sistematizacija i generalizacija uređenja država članica Europske unije pokazuje kako se pristup institutu sudjelovanja u troškovima zdravstvene

zaštite diferencira u više segmenata: (a) na primarnoj razini zdravstvene zaštite odnosno obiteljskoj medicini; potom u (b) specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti; (c) bolničkoj zdravstvenoj zaštiti; (d) lijekovima; i, konačno, (e) dentalnoj medicini. Slijedom te podjele može se konstatirati da sve države članice Europske unije sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite utvrđuju u povodu korištenja prava u vezi s (d) lijekovima te, izuzev Rumunjske u Europskoj uniji, u pogledu (e) dentalne medicine. Sudjelovanje u pogledu (b) specijalističke zdravstvene zaštite i (c) bolničkoj zdravstvenoj zaštiti postoji u gotovo svim državama članicama, dok je najmanje učestalo sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite koji nastaju na (a) primarnoj razini (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 45). U pogledu tih segmenata različiti su modaliteti sudjelovanja.

U Republici Hrvatskoj sudjelovanje obuhvaća sve navedene segmente slijedom uređenja iz ZOZO-a, a u odnosu na njih primjenjuju se dva različita modaliteta sudjelovanja. Tako je, prema odredbi čl. 19/3. ZOZO-a, opće pravilo da će osigurane osobe sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u postotnom udjelu, u visini od 20 %, pune cijene zdravstvene zaštite, s time da se postavlja donji prag u odnosu na određenu zdravstvenu zaštitu.¹³ U pogledu zdravstvene zaštite pružene kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite (obiteljska i opća medicina, ginekologija i dentalna medicina te izdavanje lijeka po receptu, prema odredbi čl. 19/4. ZOZO-a sudjelovanje u konkretnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se plaćanjem u fiksnom iznosu, u visini od 0,30 % proračunske osnovice, što je u svojoj naravi administrativna pristojba.

S obzirom na širok zahvat usluga zdravstvene zaštite na koje se naplaćuje sudjelovanje, nije neočekivano da u Republici Hrvatskoj postoji ograni-

¹³ Tako se kod: (a) specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije donji prag postavlja na 1 % proračunske osnovice; (b) specijalističke dijagnostike koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 2 % proračunske osnovice; (c) ortopedskih i drugih pomagala utvrđenih osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala – 2 % proračunske osnovice; (d) specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite u ambulatnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 1 % proračunske osnovice po danu; (e) liječenja u drugim državama članicama i trećim državama u skladu s propisima Europske unije, međunarodnim ugovorom, ZOZO-om i općim aktom HZZO-a, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno; (f) troškova bolničke zdravstvene zaštite – 4,01 % proračunske osnovice po danu; (g) dentalnih pomagala utvrđenih osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti – 40,09 % proračunske osnovice; i (h) dentalnih pomagala utvrđenih osnovnom listom dentalnih pomagala HZZO-a za odrasle osobe starije od 65 godina – 20,04 % proračunske osnovice.

čenje maksimalnog iznosa. Taj iznos nije postavljen za vremensko razdoblje, nije riječ o godišnjem maksimumu, već, prema odredbi čl. 19/5. ZOZO-a, najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji je obvezna snositi osigurana osoba može po jednom ispostavljenom računu iznositi najviše 120,26 % proračunske osnove. Uz to, naravno, zaštitni je element i činjenica da na temelju odredbe čl. 14.a ZDZO-a postoje kategorije za koje se sredstva za premiju dopunskoga zdravstvenog osiguranja osiguravaju u Državnom proračunu.¹⁴ Određena „osobna“ odnosno grupna isključenja definirana su već u odredbi čl. 19/2. toč. 1., 2., 4., 6. i 7. ZOZO-a, odnosno u istom članku i stavku i u odnosu na određene zahvate i liječenja.

3.3. Učinci sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

Iznosi koji se ostvaruju sudjelovanjem u troškovima zdravstvene zaštite u Europi najčešće dosežu do 20 % ukupnog troška zdravstvene zaštite. Tako je u Austriji riječ o 18,3 %, 11,9 % u Njemačkoj, 10 % u Francuskoj, 5,9 % u Nizozemskoj, no u Italiji se ostvaruje i viši kumulativni iznos sudjelovanja, 23,5 % (Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 56; Robinson, 2002, str. 165–170).

U Republici Hrvatskoj učinke možemo mjeriti kroz iznose koji se konkretno ostvaruju na raznim razinama zdravstvene zaštite. Tako je u 2021. godini, prema Izvješću o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, prihod od sufinanciranja cijene usluge, odnosno participacije iznosio HRK 1.767.516.634,00, a što je zbroj prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a u iznosu od HRK 548.000.000,00 – iznos koji se doznajuje obveznom zdravstvenom osiguranju na osnovi sudjelovanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za osiguranike dopunskog zdravstvenog osiguranja koji ne plaćaju HRK 10,00 kod posjeta liječniku obiteljske medicine i kod

¹⁴ Riječ je o sljedećim osiguranim osobama: (a) osobama s invaliditetom koje imaju 100 % oštećenja organizma, odnosno 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 u skladu s propisima o socijalnoj skrbi; (b) derivateljima dijelova ljudskog tijela sa svrhom liječenja; (c) dobrovoljnim davateljima krvi s više od 35 davanja (muškarcima), odnosno s više od 25 davanja (žene); (d) redovitim učenicima i studentima starijim od 18 godina; i (e) osobama čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos utvrđen zakonom.

izdavanja lijeka na recepte, potom iznos ukupne zdravstvene zaštite dopunskog zdravstvenog osiguranja u iznosu HRK 1.156.766.437,00, nadalje iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u skladu s čl. 19. ZOZO-a od drugih privatnih osiguravatelja dopunskog zdravstvenog osiguranja – HRK 43.018.040,00 te izravno od osiguranika koji nemaju dopunsko osiguranje – HRK 19.732.157,00. (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, 2022, str. 9; 14–15). Time se u odnosu na ukupne prihode obveznog zdravstvenog osiguranja iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite pozicionira s otprilike 6 %, što je među nižim stopama u Europskoj uniji.

Odredbom čl. 72/1. toč. 8. ZOZO-a prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju uključuju se u prihode obveznoga zdravstvenog osiguranja.¹⁵

Promatrajući financijski kapacitet tog pravnog instituta, u okviru navedenih iznosa, razvidno je da on ima unaprijed ograničenu ulogu u financiranju zdravstvenog sustava. Bitno više razine sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite implicirale bi devoluciju, odnosno vodile prema ponovnoj uspostavi vlastitog i neposrednog izvornog snošenja troškova zdravstvene zaštite. Sekundarni učinak bio bi usmjeravanje sustava prema privatnom zdravstvenom osiguranju, što je u socijalnim državama kontraindicirano socijalnim zdravstvenim osiguranjima, odnosno nacionalnoj zdravstvenoj službi. U tom pogledu značenje sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite među izvorima financiranja zdravstvenih sustava u socijalnim državama nužno jest sekundaran, odnosno tercijaran, nakon poreznog financiranja, u svakom slučaju komplementaran.

No, čak i ograničeno značenje sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite dovodi do negativnih posljedica. One se očituju u tome što se osobe lošijeg imovnog stanja ne samo demotivira, već, činjenično, onemogućuje koristiti zdravstvene sustave čak i kada je potrebno (Goodwin, Gruen & Iles, 2006, str. 47; Oxley & MacFarlan, 1995, str. 17; Pieters, 2006, str. 90–91).¹⁶ U tom smislu neka su istraživanja pokazala

¹⁵ Novčana sredstva ostvarena na ime sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite prihod su ugovornih pružatelja zdravstvene zaštite, osim sudjelovanja u visini 0,3 % proračunske osnovice za zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i za izdavanje lijeka po receptu koji su prihod HZZO-a.

¹⁶ Autori koji sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite smatraju i izvorom financiranja socijalnog zdravstvenog osiguranja često navode i to da motivacija

i da sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite ne djeluje samo ili pretežito na nepotrebnu i nesvrhovitu zdravstvenu zaštitu već i na potrebnu i svrhovitu (Robinson, 2002, str. 180), a upravo u tome leži nerazmjerno opterećenje osoba lošijeg imovnog stanja¹⁷ te ranjivih društvenih skupina, prije svega kronično bolesnih i osoba s invaliditetom¹⁸ (Robinson, 2002, str. 180; Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 9; 73–74; Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 57).

Nadalje, sami učinci sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite dovode se u pitanje i činjenicom kako će osigurane osobe, kao nestručnjaci, procjenjivati je li im zdravstvena zaštita nužna, odnosno učinak sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite može dovesti samo do odgađanja korištenja pravom na zdravstvenu zaštitu što, u stvari, može imati sasvim suprotan efekt, naime, poskupjeti potrebnu zdravstvenu zaštitu.¹⁹

Danas se propituje dovodi li sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite uopće do racionalnijeg korištenja resursa zdravstvenih

da se sudjelovanjem osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite financira socijalno zdravstveno osiguranje dovodi do viših iznosa kojima osigurane osobe sudjeluju u troškovima zdravstvene zaštite u odnosu na motivaciju da se sudjelovanjem osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite utječe na racionalnije korištenje resursa zdravstvenih sustava, odnosno da se zdravstvenu zaštitu koristi samo kada je to zaista nužno (Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije, 2003, str. 56).

¹⁷ To opterećenje gotovo isključivo pogađa osobe slabijeg imovnog stanja. Naime, kako sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite stoji u najužoj svezi sa socijalnim zdravstvenim osiguranjem, tako je i ono socijalna kategorija. U tom pogledu iznos sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite nužno treba biti ograničen.

¹⁸ Sličan je učinak sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite i u pogledu kroničnih bolesnika kod kojih dolazi do akumuliranja sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite te se, stoga, nastoje uvesti kvote za sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite (Robinson, 2002, str. 163). Na još regresivniji način djeluje njemačko rješenje sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite prema kojem se kod lijekova iznos sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite određuje prema veličini pakiranja lijeka (Robinson, 2002, str. 164).

¹⁹ U vezi s navedenim, racionalno korištenje resursa zdravstvenih sustava, odnosno korištenje zdravstvene zaštite samo kada je to zaista nužno, lakše je, pravednije i pravičnije postizati na druge načine. Tako, a s obzirom na to da je u pogledu korištenja resursa zdravstvenih sustava, odnosno korištenja zdravstvene zaštite, riječ o odnosu ponude i potražnje zdravstvene zaštite, valja utvrditi da je neracionalno korištenje resursa zdravstvenih sustava, odnosno korištenje zdravstvene zaštite samo i kada to zaista nije nužno, više u vezi s ponudom nego potražnjom. Stoga je lakše, pravednije i pravičnije djelovati na ponudu zdravstvene zaštite, odnosno utjecati na liječnike i zdravstvene sustave u vezi s tim, i to uvođenjem određenih finansijskih mjerila, smjernica, protokola i algoritama postupanja, kojima će se poticati dobra, a reducirati loša postupanja.

sustava, odnosno do korištenja zdravstvene zaštite samo kada je to zaista nužno (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 67). Sve to nameće nužnost posebne pozornosti kako se prihvaćanjem prihodovnih učinaka sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite kao izvora financiranja socijalnog zdravstvenog osiguranja ne bi interpolirali i promovirali regresivni učinci u socijalno zdravstveno osiguranje koji bi u bitnom narušili načelo solidarnosti i provedbu pravičnog financiranja. U tom je pogledu povoljnije selektivno i restriktivno koristiti sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite samo u pogledu najmanje svrhovitih i učinkovitih aspekata zdravstvene zaštite, o kojima se treba očitovati struka, kako bi se ostvario cilj racionalnog korištenja resursa zdravstvenih sustava, odnosno uz sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite uvesti i određene socijalno-zaštitne mehanizme.^{20, 21}

3.4. Institut sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite – scenariji za budućnost

Najmanje su tri moguća scenarija za budućnost pravnog instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. To je održanje postojećeg stanja, *status quo ante*, potom moguće promjene u parametrima sustava te, radikalno, ukidanje tog instituta.

Status quo ante. Jedan od mogućih pristupa budućnosti sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite jest praktična inercija, najpopularniji pristup političkih elita u društvima i država bez ozbiljnijeg kapaciteta propitivanja i mijenjanja. Taj se pristup u pogledu tog instituta primjenjuje već duže vrijeme. No, sada se to čini najmanje mogućim rješenjem. Naime, inflatorni pritisak i općepoznati financijski i ne samo financijski problemi u zdravstvu u Republici Hrvatskoj već su doveli do recentnih izmjena donošenjem Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju 17. ožujka 2023. kojima su povećani iznosi sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u odnosu na prethodno stanje. Naravno,

²⁰ S istom se svrhom uvode i socijalno-zaštitni mehanizmi u vezi sa sudjelovanjem osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite: diferenciraju se iznosi sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite, predviđaju se iznimke od sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite i godišnje kvote, porezne olakšice i oslobođenja i sl. (Thomson, Foubister & Mossialos, 2009, str. 45).

²¹ Eklatantan je primjer za takva selektivna i restriktivna postupanja u nižim razinama sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite u pogledu lijekova za bolesti opasne za život (Robinson, 2002, str. 164).

zamisliva su, a i vjerojatna daljnja povećanja u uvjetima izostanka cjelovita pristupa rješavanju problema i deficita sustava.

Parametarska reforma. Održanje strukture pravnog instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, uz određene sadržajne promjene, jedna je od opcija u suvremenim zdravstvenim sustavima. U hrvatskom nacionalnom okružju trenutačno se to čini ne samo zamislivim već i izvjesnim, ako i ubuduće bude izostajao cjelovit pristup rješavanju sustavnih problema odnosno provođenje ozbiljnih strukturnih reformi. U potonjem će se slučaju taj scenarij djelovanja, na parametre toga pravnog instituta, i nadalje nastaviti koristiti radi povećanja prikupljenih sredstava za potrebe funkcioniranja zdravstvenog sustava.

Djelovanje na parametre sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite ima, svakako, financijske učinke, što bi impliciralo umanjeni odnosno uvećani prihod u javni zdravstveni sustav, ovisno o smjeru korekcija. Tako je, prema obrazloženju pri donošenju Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju donesenog dana 17. ožujka 2023. godine očekivani financijski učinak izmjena i dopuna procijenjen na oko HRK 125,00 milijuna godišnje, što je i smisao parametarskog djelovanja u pogledu iznosa sudjelovanja u zdravstvenoj zaštiti. Pritom će efekti tog povećanja biti i izdašniji, s obzirom na to da će se posljedično povećati i prihodi od dopunskog zdravstvenog osiguranja jer se može očekivati da će reaktivno biti potaknuto osiguravanje dopunskim zdravstvenim osiguranjem. Rast iznosa sudjelovanja mogao bi voditi i rastu cijena polica dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a, naravno uz odgovarajuću izmjenu Odluke o izmjeni odluke o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja, a to bi kumuliralo rast prihoda javnog zdravstvenog sustava.

U postojećim uvjetima inflatornog pritiska razumno je zaključiti da smjer korekcije u nas, bez ulaženja u sam pravni institut, može biti isključivo na više iznose sudjelovanja. Dakle, u tom pogledu za takvo parametarsko djelovanje postoji i sasvim neovisan razlog za povećanje iznosa i jediničnih cijena medicinskih usluga kod provoditelja zdravstvene zaštite (Hrvatski ured za osiguranje, 2022, str. 46). Naravno, valja odmah navesti da rast udjela i iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite ima negativan učinak za osobe nižeg socijalnog statusa, apostrofirajući određenu razinu katastrofičnosti rizika. Pogađanje te kategorije implicira reakciju u pogledu redefiniranja pragova za državno subvencioniranje dopunskog zdravstvenog osiguranja za tu kategoriju.

Ono što se do sada u Republici Hrvatskoj nije koristilo, moglo bi, također, biti sadržaj za razmatranje za neke buduće reforme. Primjerice, moglo bi

se promišljati ne samo podizanje već i ukidanje limita za sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite, ili pak, gradiranje razina sudjelovanja za različite usluge zdravstvene zaštite.²² Tako u Sloveniji ne postoji limit, ali postoji gradacija zdravstvenih usluga za koje se traži određen udio u snošenju troškova – različiti su postoci sudjelovanja.

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. Tako se, primjerice, u nekim državama pristupa dentalnoj zdravstvenoj zaštiti, fizioterapiji ili nekim alternativnim pristupima liječenju. Na taj bi se način sistemski moglo isključiti određene nenužne i neefikasne 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 (Sagan & Thomson, 2016, str. 39).

3.5. Ukidanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite

Radikalniji pristup promišljanju instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite moglo bi biti njegovo ukidanje te snošenje svih troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Ideja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite i dopunskog zdravstvenog osiguranja danas se više ne percipira ni približno značajnom ili prihvatljivom za jednostavno rješenje problema javnog zdravstvenog sustava ili obveznog zdravstvenog osiguranja. Naime, konceptijski sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite ne smanjuje ukupnu zdravstvenu potrošnju, već je, eventualno, samo odgađa. No, kada postane nužna zbog pogoršana zdravstvenog stanja, može biti bitno složenija i skuplja, što je na taj način kontraintuitivno svrsi (Pieters, 2019, str. 95–96). To nije ni humano ni socijalno prihvatljivo jer ugrožava ljudske živote, a potencijalno može, uz odgodu, potencirati veće troškove. Slijedom toga, u više je država promišljano ukidanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, primjerice u Sloveniji (Sagan & Thomson, 2016, str. 97).

Ipak, valja priznati da bi financijska dimenzija ukidanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj bila značajna. Nai-

²² Nadalje, već se dugo promišlja i o uvođenju nadstandarda zdravstvenih usluga. No, tu je riječ o usluzi drukčije kvalitete koja se doplaćuje, što je različito od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite pa i u različitu udjelu. Stoga se to ne obrađuje u ovom radu.

me, tim se pravnim institutom umanjuju rashodi obveznog zdravstvenog osiguranja te pribavljaju dodatni prihodi za javni zdravstveni sustav, riječ je o iznosu od HRK 1.767.516.634,00 koliko je u 2021. godini Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje uprihodio od sufinanciranja cijene usluge te bi u slučaju ukidanja taj iznos trebalo naknaditi povećanjima prihoda putem sredstava Državnog proračuna ili doprinosima.²³

Koliko se god radikalnim činila ta mogućnost, ona nipošto nije iracionalna.²⁴ Naime, kako sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno alternativno premije dopunskog zdravstvenog osiguranja, u najvećem dijelu plaćaju osobe koja su zaposlene, tako se povećanjem doprinosa ne bi promijenio njihov platak. Ono što bi se dogodilo jest jasnija socijalizacija rizika iako bi porastao trošak rada.²⁵ Zanimljivo je da navedeno politički akteri dosad nisu predložili, bez obzira na moguću demagošku privlačnost ideje.

4. Zaključak

Mnogo je faktora koji problematiziraju funkcionalnosti zdravstvenih sustava u suvremenom društvu, od onih demografskih koji impliciraju epidemiološke, pa do visokih cijena suvremenih farmaceutskih i tehnoloških unapređenja čije implementacije društva očekuju, u okviru zdravstvenih sustava dovode do propitivanja financijsko-institucionalnih pretpostavki koje su se tijekom dvadesetog stoljeća razvijale u socijalnim državama Europe. Rast troškova zdravstvenog sustava koji je kontinuiran i za koji je

²³ Ako bi se pristupilo podizanju doprinosa, to bi bilo sračunljivo na manje od 1,5 postotnih poena doprinosa. Naime, za 2021. godinu jedan postotni poen tih doprinosa ekvivalent je HRK 1,416 mlrd. (Tako je u 2021. godini od doprinosa prikupljeno HRK 23.362.833.003,00.) (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2022, str. 7).

²⁴ Učinak ukidanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite bio bi i u ukidanju administracije dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a, odnosno u manjoj mjeri i kod privatnih osiguravatelja, kao i nestanak troškova administriranja provedbe naplate sudjelovanja u ordinacijama i ustanovama zdravstvenog sustava.

²⁵ S obzirom na iznos prosječne plaće u nas, primjerice u 2021. godini HRK 9.599,00 iznos od 1,5 postotnih poena može se prevesti u iznos od oko HRK 144,00, godišnje HRK 1728,00. U odnosu na iznos premije dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a (HRK 844,00) riječ je o dvostrukom iznosu, što nije neočekivano ako se uzme u obzir zaposlenost i broj umirovljenika u Republici Hrvatskoj te za zaposlene i poslodavce ne bi nužno bilo neprihvatljivo ako se vrednuje i socijalizacija rizika s obzirom na koju zaposleni ne plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje ili troškove sudjelovanja samo za sebe već i za još nekog člana obitelji.

opravdano predviđati nastavak trenda, potom i aktualni inflatorni pritisci, načine financijskog (p)održavanja javnih sustava, tako i zdravstvenog, čine ključnim društvenim i političkim pitanjem. Za Republiku Hrvatsku to je to važnije s obzirom na to da se za zdravstvo izdvaja ispod prosjeka Europske unije, prema podacima OECD-a ti su izdaci bili na razini 7,8 % BDP-a u 2020. godini, dok je prosjek EU-a iznosio 10,9 % BDP-a. Prema izdacima po stanovniku situacija je još lošija, prosječno izdvajamo EUR 1.448,00 po stanovniku, dok je prosjek Europske unije EUR 3.159,00. Izazovi održivosti zdravstva i njegova financiranja bit će još veći u budućnosti, u pogledu javnih zdravstvenih sustava to je potencirano činjenicom da rashodi za zdravstvo rastu prosječno brže od BDP-a.

Višekratno javno obznanjivane najave povećanja iznosa sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, u ožujku ove godine pretočene i provedene izmjenama i dopunama ZOZO-a, poticaj su za promišljanje tog pravnog instituta ovim radom, ali i dokaz kako zakonodavac razmatra djelovanje tog instituta na prihodovnu stranu javnog zdravstvenog sustava samostalno i u sudjelovanju s dopunskim zdravstvenim osiguranjem. No, postavlja se pitanje je li to jedini zamisliv pristup, a potom osim što je način za pokriće rashoda javnog zdravstva bez zadiranja u povećanje troškova rada rastom doprinosa, je li društveno smislen i prihvatljiv.

Ovim radom, polazeći od pojašnjenja sistemskih obrazloženja koja su korištena kod pojave i uvođenja instituta sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, analizirao sam obilježja i prakse sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite te postavio tri moguća smjera djelovanja. Valja odmah reći da su prijedlogom novog zakonskog uređenja postavljeni kratkoročni vektori promjena, no ta činjenica ne prejudicira srednjoročna i dugoročna promišljanja. Činjenica da tematika nije istraživački ozbiljnije obrađivana te da postoji znanstveni i stručni deficit koji slijedi uopće iz teška kompletiranja i uspoređivanja analitike različitih nacionalnih sustava ne opravdava podcijenjenost, barem apstraktna, promišljanja o alternativama ni intelektualnu lijenost nepropitivanja općih premisa i postulata.

U svezi s rečenim, radom je adresirana pretpostavka da će se osigurane osobe, snoseći dio troškova, racionalnije koristiti resursima zdravstvenih sustava, odnosno da će se njima koristiti samo kada je to zaista nužno, kada budu financijski doprinosili i pružanju te zaštite. To pragmatično objašnjenje, ako je i točno, uopće ako je dugoročno mjerljivo, socijalno je deplasirano, barem ako polazimo od realnih i logičnih postavki. Naime, nalazim nelogičnost u podosta ciničnoj postavci, plastično opisanoj da ljudi, valjda ciljano i tendenciozno, odlaze liječnicima na primarnoj razini i inzistiraju na upućivanje na zdravstvenu zaštitu više razine, radi indicira-

nja troškova ili slično, usprkos saznanju i spoznaji da im nije ništa. To bi značilo da su korisnici zdravstvene zaštite *per se* maliciozni u pogledu potrošnje zdravstvenih resursa. Nadalje, ne treba dogmatski polaziti od postavka da je u općoj populaciji zastupljena takva razina znanja iz medicinske znanosti i struke da bi ljudi sami mogli prepoznavati karakter i stvarnu opasnost od zdravstvenih tegoba. Štoviše, kada bi tome i bilo tako, ne bi li bilo jednako razumno da, uz takvo medicinsko znanje, sami sebe i liječe, zar ne? Tada je zdravstveni sustav općenito nepotreban, zar ne?

Smatram da već rečeno upućuje na normativno-administrativnu logiku opravdavanja uređenja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koja polazi od mjerenja ušteda, ekonomskih i trenutačnih – u jedinici vremena, a ne uvažava sasvim osobni aspekt medicinske tegobe izazvane određenim zdravstvenim stanjem ili sumnjom na nju, a zanemaruje i da se pravodobnošću zdravstvene zaštite na najbolji način mogu reducirati troškovi i racionalizirati upravljanje zdravstvenim resursima.

Zaključne primjedbe mogu se svesti na to da se treba odmaknuti od obrazloženja koja su jednostrana i samo financijska, ciljano osiguranju pokriva rashoda javnog zdravstvenog sustava kako se on sadržajno u uslugama ne bi trebao sužavati niti bi trebalo povećavati javna sredstva za njega. Međutim, taj pristup otvara važan aspekt: pitanje solidarnosti i socijalnosti javnog zdravstvenog sustava koje postaje žrtvom odgađanja ili osporavanja javnih rasprava o znatnijim, a ne samo kozmetičkim promjenama koje opstaju na oportunističkim političkih aktera inkliniranih izbjegavanju promjena, ne mijenjanju zatečenog stanja.

Najvažniji dio rada sumira moguće scenarije. Od petrifikacije postojećeg stanja, preko mogućnosti parametarskog djelovanja pa do ukidanja pravnog instituta. Osobno vidim prednosti radikalnog scenarija ukidanja sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji je intelektualno i sustavno najjasniji te socijalno najprepoznatljiviji, svijest o političkim i društvenim argumentima govori u prilog društveno, ekonomski i politički odgovornom razmatranju svih mogućih smjerova promjena. No, ovaj rad nije puka uputa u vezi s mogućim rješenjima, već upozorenje da postojeća obilježja ne treba smatrati nepromjenjivim postulatima i zadanostima, nego ih treba propitivati. Osobito u javnim sustavima.

Literatura

- Bosco, A., & Hutsebaut, M. (1997). *Social protection in Europe: Facing up to changes and challenges*. Brussels, Belgija: European Trade Union Institute.
- Dixon, A., Langenbrunner, J., & Mossialos, E. (2004). Financing the challenges of health care financing. U J. Figueras, M. McKee, J. Cain, & S. Leszof (Eds.), *Health systems in transition: Learning from experience* (str. 51–83). Copenhagen, Danska: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Fox, A. M., & Reich, M. R. (2013). Political economy of reform. U A. S. Preker, M. Lindner, D. Chernichovsky, & O. P. Schellkens (Eds.), *Scaling up affordable health insurance – Staying the course* (str. 395–434). Washington, SAD: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, https://doi.org/10.1596/9780821382509_CH15
- Glied, S., & Stabile, M. (2013). Reaching the poor: Transfers from rich to poor and from healthy to sick. U A. S. Preker, M. Lindner, D. Chernichovsky, & O. P. Schellkens (Eds.), *Scaling up affordable health insurance – Staying the course* (str. 71–90). Washington, SAD: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, https://doi.org/10.1596/9780821382509_CH04
- Goodwin, N., Gruen, R., & Iles, V. (2006). *Managing health services*. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Gotovac, V. (2010). *Zdravstveno osiguranje – socijalni aspekti* [doktorska disertacija]. Sveučilište u Zagrebu, Hrvatska.
- Gotsadze, G., & Gaál, P. (2010). Coverage decisions: Benefit entitlements and patient cost sharing. U J. Kutzin, C. Cashin, & M. Jakab (Eds.), *Implementing health financing reform lessons from countries in transition* (str. 187–217). Copenhagen, Danska: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Hrvatski ured za osiguranje (2022). *2021. Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj*. Zagreb, Hrvatska: Hrvatski ured za osiguranje.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2022). *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu*. Dostupno na <https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202021.pdf>
- Maarse, H., Preker, A. S., Lindner, M. E., & Schellekens, O. P. (2013). Bismarck's unfinished business in Western Europe. U A. S. Preker, M. Lindner, D. Chernichovsky, & O. P. Schellkens (Eds.), *Scaling up affordable health insurance – Staying the course* (str. 313–339). Washington, SAD: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, https://doi.org/10.1596/9780821382509_CH12
- Martin, P., & Del Sol, M. (2021). The uncertain and differentiated impact of EU law on national (private) Health Insurance Regulations. U C. Benoit, M. Del Sol, & P. Martin (Eds.), *Private health insurance and the European Union* (str. 85–127). Cham, Švicarska: Palgrave Macmillan, https://doi.org/10.1007/978-3-030-54355-6_4

- Mijatović, N. (2006). Sustav socijalnog osiguranja i problemi njegova financiranja. *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu*, 56(5), 1607–1648.
- Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije (2003). *Pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost – Zdravstvena reforma – Osnutek*. Ljubljana, Slovenija: Ministarstvo za zdravje Vlade Republike Slovenije.
- Mossialos, E., & Dixon, A. (2002). Funding health care: An introduction. U E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. E. Kutzin (Eds.), *Funding health care: Options for Europe* (str. 1–30). Buckingham, UK, & Philadelphia, SAD: Open University Press.
- OECD & European Union (2022). *Health at glance: Europe*. Paris, Francuska: OECD Publishing.
- Oxley, H., & MacFarlan, M. (1995). Health care reform: Controlling spending and increasing efficiency. *OECD Economic Studies*, 24, 8–53.
- Pieters, D. (2006). *Social security: An introduction to the basic principles*. The Hague, Nizozemska: Kluwer Law International.
- Pieters, D. (2019). *Navigating social security options*. Cham, Švicarska: Palgrave Macmillan, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-05992-7>
- Pravni leksikon (2007). (n. d.). Sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite. U *Pravni leksikon* (1550). Zagreb, Hrvatska: Leksikografski zavod Miroslav Krleža.
- Robinson, R. (2002). User charges for health care, U E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. E. Kutzin (Eds.), *Funding Health Care: Options for Europe* (str. 161–183). Buckingham, UK, & Philadelphia, SAD: Open University Press.
- Roemer, R. (1998). Health legislation as a tool for public health and health policy. *International Digest of Health Legislation*, 49(1), 95–96.
- Sagan, A., & Thomson, S. (2016). *Voluntary health insurance in Europe: Role and regulation*. Copenhagen, Danska: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Scheil-Adlung, X. (2013). Health protection: More than financial protection. U A. S. Preker, M. Lindner, D. Chernichovsky, & O. P. Schellkens (Eds.), *Scaling up affordable health insurance – Staying the course* (str. 13–48). Washington, SAD: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, https://doi.org/10.1596/9780821382509_CH02
- Šimović, H., & Primorac, M. (2021). Fiskalna održivost hrvatskog zdravstvenog sustava. *Fiscus* 48(01).
- Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union – Challenges and policy responses*. Copenhagen, Danska: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Thomson, S., Sagan, A., & Mossialos, E. (2020). Why private health insurance? U S. Thomson, & A. Sagan, & E. Mossialos (Eds.), *Private health insurance – History, politics and performance* (str. 1–40). Cambridge, UK: Cambridge University Press, <https://doi.org/10.1017/9781139026468>

Pravni izvori

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju,
NN 33/23

Odluka o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja, NN 118/13, 11/14,
120/15, 174/16, 147/22

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, NN 10/80

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, NN 12/91 – pročišćeni
tekst, 19/91, 53A/91, 18/92, 69/92

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, NN 85/06, 150/08, 71/10,
53/20, 120/21, 23/23

PARTICIPATION IN COST OF HEALTH CARE FROM COMPULSORY HEALTH INSURANCE

Summary

Participation in cost of health care from compulsory health insurance is a legal concept which has been normatively provided in Croatian healthcare system for more than forty years, a concept that has seen its more significant application in the last twenty years as an additional source of funding of the public healthcare system, next to compulsory health insurance. Through personal, direct, coverage, as well as indirect coverage through complementary health insurance, of cost of health care from compulsory health insurance in part in which the insured persons are obliged to participate in cost of health care, this concept transfers a part of cost to the beneficiaries who are insured persons of the compulsory health insurance of healthcare, thus increasing the funding of the public health system and the services it provides. This participation may be executed in several manners, but the motivation behind all of them is the same - rationalization of the use of healthcare while increasing its income. There is a critical point in this approach - the risk of catastrophic financial loss caused by medical expenses - which is why this legal concept is usually associated with complementary health insurance replacing it. Taking into consideration the period of application of this concept, this paper shall try to outline its features in Croatia and compare it to the application in other European countries, while considering possibilities for the further development of this concept. The latter is the essential part of the paper, summarizing possible scenarios, from the petrification of the existing situation, through the possibility of parameter reform, to the cancellation of the concept. However, the directions and possible solutions themselves are not the most important - crucial is the awareness of questioning changes in society.

Keywords: health insurance, insured persons, participation in cost of healthcare from compulsory health insurance, complementary health insurance