

Prof. dr. sc. Branimir Marković
redoviti profesor na Ekonomskom fakultetu u Osijeku, e-mail: markovic@efos.hr

UDK 614.2: 339.9
Pregledni članak

Mr. sc. Slavko Vukić
Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona posavskog,
Odžak, Bosna i Hercegovina, e-mail: slavko.vukic@tel.net.ba

MODELI ORGANIZACIJE I FINANCIRANJA ZDRAVSTVA U ODABRANIM ZEMLJAMA SVIJETA

SAŽETAK

U uvodnom dijelu rada daje se kratak teorijski prikaz mogućih modela financiranja zdravstva u svijetu. U aplikativnom dijelu rada dat ćemo prikaz temeljnih praktičnih modela financiranja zdravstva u zemljama predvodnicama klasičnih modela financiranja zdravstva, kao što su: SAD, Velika Britanija, Njemačka i Hrvatska. U samoj razradi aplikativnog dijela rada, dali smo najveće značenje analizi nekih makroekonomskih pokazatelja u zdravstvu (tendencija ukupne zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP, prosječne potrošnje po osiguraniku i sl.), analizi strukture zdravstvenog osiguranja te samoj shemi organizacije i financiranja zdravstva. Pretpostavljamo da u svakom modelu financiranja zdravstva postoje određena ograničenja, koja mogu stvarati probleme (slaba organizacija, povećanje troškova i sl.). Stoga smo posebnu pozornost u aplikativnom dijelu rada dali analizi teškoća u financiranju zdravstvenog sektora te ukazali na potrebe i mogućnosti za njihovo rješavanje putem eventualnih reformskih mjera. U zadnjem dijelu rada cilj je bio metodom komparacije ukazati na prednosti i nedostatke pojedinih izvora financiranja (proračunsko - porezi ili socijalno zdravstveno osiguranje – doprinosi).

KLJUČNE RIJEČI: modeli organizacije, sheme financiranja zdravstva, teškoće u zdravstvu.

1. Uvod

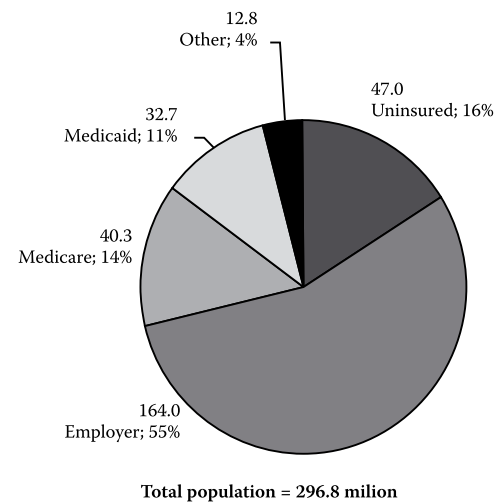
U većini svjetskih zemalja zdravstvena je zaštita u velikoj mjeri sastavni dio cjelokupnoga društvenog života. Usprkos činjenici da je liječenje ljudi primarna zadaća zdravstva, danas se pridaje velika važnost samom organiziranju i financiranju zdravstvene zaštite, tj. kolika se sredstva izdvajaju u sustav zdravstva i na koji način se koriste. Oblici organizacije i financiranja danas su u teoriji i praksi poznati kao: tržišni model, Beveridge - model nacionalne zdravstvene službe, Bismarkov model obveznoga zdravstvenog osiguranja te mješoviti model. Ne postoji niti jedan model financiranja zdravstva koji može odgovoriti svim zahtjevima suvremenog društva. Vrlo su dinamični i specifični izazovi za svaku državu, tako da svaki zdravstveni sustav ima i svoje povijesne korijene. U većini razvijenih zemalja svijeta, temeljna obilježja nacionalnih zdravstvenih sustava postoje veoma dugo te na neki način predstavljaju i dio nacionalnog i društvenog identiteta (npr. tradicionalno poznata nacionalna zdravstve-

na služba u Velikoj Britaniji ili Sustav socijalnoga zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj). U navedenim zemljama stalne su diskusije o mogućim reformskim pravcima zdravstvenog sustava, koje su više površnoga karaktera, nego stvarno duboke i korjenite u samoj promjeni cjelokupne organizacije. Stoga ćemo u nastavku rada, uz spomenute teorijske eksplikacije zdravstvenog financiranja, dati neke najinteresantnije praktične primjere temeljnih modela organizacije i financiranja zdravstvene zaštite, kao što su SAD, Velika Britanija, Njemačka i Hrvatska. Naravno, pretpostavljamo da svaka zemlja ima svoje specifičnosti, stoga ćemo svaki sustav posebno i analizirati.

2. Organizacijska struktura

U SAD-u je zastupljen tržišni model financiranja zdravstvene zaštite. U SAD-u je od 1990. godine privatnim zdravstvenim osiguranjem bilo obuhvaćeno oko 73,00% stanovništva, dok je 27,00% stanovništva

bilo obuhvaćeno javnim socijalnim osiguranjem (Medicare za starije od 65 godina ili Medicaid za socijalno ugrožene). Od prije petnaestak godina, gotovo 14,00% ukupnoga američkoga stanovništva ili oko 35 milijuna, nisu imali niti jedan vid zdravstvenog osiguranja (Mastilica, 2007:6). Takav sustav zdravstvenog osiguranja u SAD-u znatno se razlikuje od sustava u europskim zemljama. Liberalna i volontaristička ideologija uz nepovezanu ekonomsku i socijalnu politiku temelji se na tim razlikama.

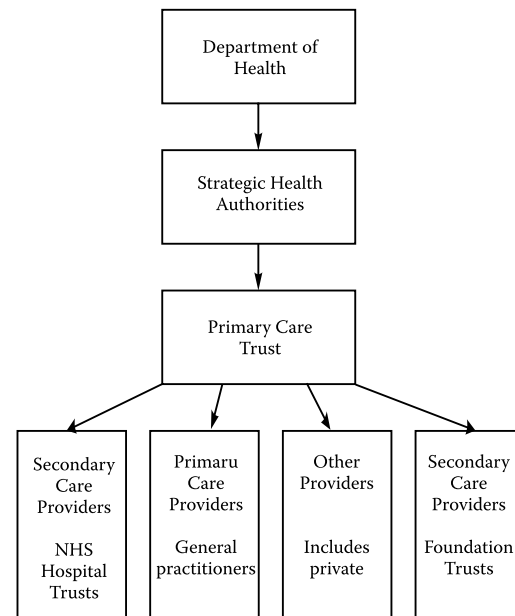


Slika 1: Poslodavci pružaju zdravstvenu zaštitu za više od 160 milijuna zaposlenih Amerikanaca i članova njihovih obitelji.

Source: Health Insurance An Overview http://commonwealthfund.org/General/General_show.htm doc str. 6, (see The Commonwealth Fund, Dana from the Current Population Survey, March, 2007).

Američko zdravstvo karakteriziraju najveći troškovi u svijetu, uz manji udjel javnog ulaganja te uz najveće razlike u mogućnostima pristupa zdravstvenoj zaštiti. Danas država u Americi znatno participira u određenim programima zdravstvene zaštite za posebne grupe osiguranika i posebne bolesti. Također se posebno sufinanciraju određene grupe stanovništva koje imaju slabu materijalnu osnovu za financiranje svoje zdravstvene zaštite iz tzv. Medicare programa. Od ukupno 296,8 milijuna zaposlenih Amerikanaca, poslodavci pružaju zdravstvenu zaštitu za 164 milijuna građana, a socijalni programi obuhvaćeni javnim financiranjem čine svega 25,00% ili oko 73 milijuna stanovnika. Ukupno je neosigurano oko 16,00% stanovništva ili 47 milijuna, što je povećanje za oko 34,00% u odnosu na pokazatelje od 1990. godine.

Velika Britanija ima Beveridgeov model organizacije zdravstvenog sektora. Na vrhu same organizacije NHS-a je ministarstvo zdravstva (Department of Health) Velike Britanije, a glavne su mu zadaće raspodjela sredstava i donošenje zakonske regulative. Vlada Velike Britanije preko svog je ministarstva zdravstva neposredno odgovorna parlamentu. Strategic Health Authorities ili posebne stratezijske zdravstvene jedinice SHA su veze između stvarnih pružatelja usluga i ugovaratelja zdravstvene zaštite, a to su najčešće fondovi zdravstvene zaštite. Ova zdravstvena tijela pokrivaju regije Velike Britanije i sada ih trenutno ima desetak. U samoj organizaciji NHS posebnu ulogu imaju Primary Care Trusts - fondovi primarne njege. Oni su uvedeni 1997. godine i predstavljaju temeljna tijela za ugovaranje s pružateljima zdravstvenih usluga.



Slika 2: Organizacija NHS u Velikoj Britaniji

Source: Thomson J. (2007), *Methods of financing health care*, Fifteenth International Conference of Social Security Actuaries and Statisticians Helsinki, Finland, 23-25 May, 2007.

Preko fondova primarne njege financiralo se samo u 2006. godini preko 80,00% ukupnog proračuna nacionalne zdravstvene službe Velike Britanije. U listopadu 2006. godine u cijeloj Velikoj Britaniji bilo je preko 152 fonda i svaki je pokrivaio određeno zemljopisno područje. Glavne funkcije ovih fondova

Tablica 1: Expenditure on in-patient care in bill. EUR Development from 1993 to 2005.

	1995. godina	2000. godina	2005. godina
Statutory health insurance	39,7	44,5	49,0
Private health insurers	4,1	4,7	5,0
States (capital costs)	3,9	2,8	2,7

Source: Georg Baum, *The system of hospital financing*, deutsche krankenhaushaus gesellschaft, 2006.

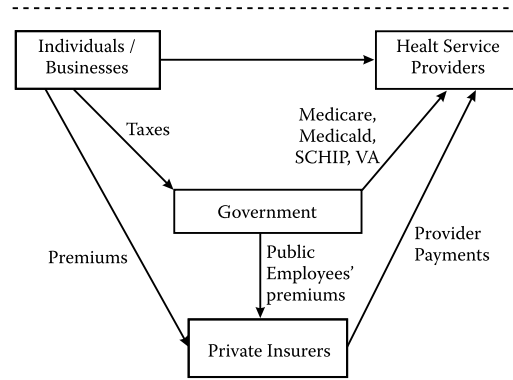
su: omogućavanje pristupa liječnicima te ugovaranje ostalih zdravstvenih usluga (zubarske, kućna njega i sl.). U sustavu primarne zdravstvene zaštite ključnu ulogu imaju liječnici opće prakse. U Velikoj Britaniji ima oko 30.000 liječnika opće prakse (general practitioners). Oni ugovaraju standardne zdravstvene usluge s nadležnim fondovima. Izvan standardnih usluga liječnici naplaćuju posebne usluge, što ih motivira da rade više takvih usluga (neke bolničke ili specijalističke – konzultativne usluge), čime bi se smanjili ukupni troškovi NHS-a (Thomson, 2007).

U Njemačkoj je izvorni bismarkovski model organizacije i financiranja zdravstvene zaštite. Osnovno načelo ovog sustava jest načelo subsidiarnosti. U Njemačkoj je zdravstveni sustav relativno autonoman od države. Sukladno politici pune zaposlenosti, više od 90,00% stanovništva uključeno je u sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja, koji se isključivo odnosi na zdravstvenu skrb i naknadu za bolovanja. Oko 80,00% zdravstvenih troškova pokriva se iz javnog sektora, a 20,00% iz privatnih osiguravajućih kuća. Bolnice su uglavnom pod upravom lokalnih ili regionalnih vlasti. U Njemačkoj najveći dio stanovništva, oko 74,00% ima obvezno zdravstveno osiguranje (zaposleni s plaćom do 3,975 eura, umirovljenici, studenti, invalidi i sl.). Mali dio osiguranika u Njemačkoj je zakonski isključen iz sustava svega njih oko 6,00%. U trećoj skupini osiguranika tek je oko 18,00%, a to su najčešće poslovni ljudi s većim prihodima, koji mogu birati između obveznog i privatnog osiguranja. Od ukupne populacije dobrovoljnog članstva u socijalno zdravstvenom osiguranju, ima ih oko 14,00% i svi su osigurani preko bolesničkih fondova, tek 4,00% preko privatnog osiguranja. Ukupan udio dobrovoljnih članova bitno se razlikuje i to od 2,30% do 37,90%, među 35 najvećih bolesničkih blagajni u Njemačkoj (Reinhard i ostali, 2007).

Fondovi zdravstvenog osiguranja organizirani su na temelju zemljopisnog područja, zaposlenosti ili na temelju poslodavaca. U Njemačkoj su fondovi podijeljeni na sedam glavnih grupa na temelju zemljopisnoga kriterija, a ove grupe na 17 regionalnih, 12 zamjenskih, 287 fondova baziranih na temelju poduzeća uposlenih, 24 fonda u vlasništvu raznih udruženja, 13 poljoprivrednih fondova te jedan radnički i jedan mornarički fond. Novim zakonskim rješenjem u Njemačkoj je izmijenjen i odnos osiguranika i bolesničkih fondova. Velika većina osiguranika ima pravo birati bolesnički fond. To pravo je uskraćeno specifičnim kategorijama osiguranika, kao što su poljoprivrednici (LKK osiguranje), obrtnici (IKK), korporacijski zdravstveni fondovi (BKK), rudari i mornari koji imaju svoje posebne fondove zdravstvenog osiguranja.

Za obvezno zdravstveno osiguranje u Njemačkoj su zaduženi tzv. obvezni zdravstveni fondovi, koji pripadaju grupi javnih korporacija. Osiguranici plaćaju doprinose na temelju svojih primanja. Svi su članovi solidarni i imaju isti tretman i beneficije, bez obzira na razinu njihovog izdvajanja (suprotno načelima privatnoga zdravstvenog osiguranja). Potencijalni zdravstveni osiguranik može slobodno birati gdje želi biti osiguran. Kada izabere osiguranje, on sklapa ugovor na 12 mjeseci, a može ga prekinuti koncem godine (The health insurance system of Germany, <http://www.ess-europe.de/en/germany.htm>). Naravno, za konačni prekid moraju se poštovati obveze između ugovornih strana. U Njemačkoj građani mogu birati jedno od 52 privatna zdravstvena osiguranja. To su najčešće građani s mjesečnim primanjem većim od 3,975 eura, državni službenici, samozaposleni itd.. Svaki član obitelji uplatitelja privatnog osiguranja mora imati svoju osobnu policu osiguranja, za razliku od obveznog osiguranja kada svaki član vuče prava osiguranja na temelju nositelja ili osiguranika. Privatno zdrav-

stveno osiguranje je na dobrovoljnim osnovama i financira se iz premija koje su sklopljene na načelima zdravstvenog stanja, godine starosti, plaće i slično. Raspodjela sredstava u obveznom zdravstvenom osiguranju je na načelima solidarnosti, a kod privatnog osiguranja na načelima štednih računa. Beneficije ili određene povlastice karakteristika su obveznog zdravstvenog osiguranja (trudnice, teško bolesni i slično), a kod privatnog osiguranja postoji isključivo načelo pokrivanja troškova. Povrat uplaćenih sredstava postoji kod dobrovoljnog i privatnog zdravstvenog osiguranja, a potpuno je isključeno kod obveznog zdravstvenog osiguranja (vidjeti detaljnije Based on Simon 2005, p.128).



Slika 3: Financiranje američkog sustava zdravstvene zaštite

Source: Kao-Ping Chua, overview of the U.S. Health Care System, AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006, February 10, 2006, str. 3 i 4.

3. Financiranje zdravstvenih sustava

Poseban problem u ovom radu odnosi se na shemu financiranja zdravstvenog sektora (uspostava adekvatnoga kontrolnoga mehanizma financiranja zdravstva) te probleme stalnog deficita cjelokupnih zdravstvenih sustava (permanentni rast troškova, koji proistječu iz samoga karaktera svakog pojedinih sustava organizacije zdravstva). Stoga želimo ukazati na ove probleme te istaknuti i dosadašnje reformске mjere u nekim zemljama, posebice u zemljama Bizmarkovog modela financiranja, kao što su Njemačka i Hrvatska.

3.1. SCHEME FINANCIRANJA

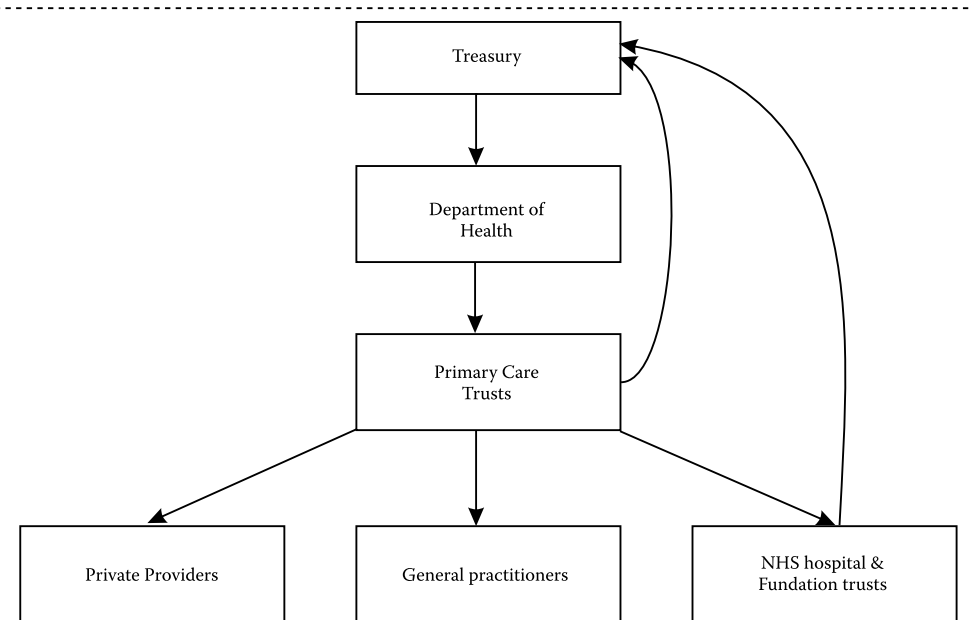
Posebnu ulogu u financiranju zdravstva imaju volonterski fondovi preko kojih se financiraju neki od zdravstvenih rizika, kao što su npr. neke kirurške intervencije ili klasični oblici hospitalizacije. Neposredna plaćanja zdravstvene zaštite u Americi bilježe stalni porast, tako da danas dosežu i do 70% ukupne zdravstvene potrošnje. U SAD-u privatni liječnici svoje usluge naplaćuju neposredno, po metodi neposrednih naplaćivanja usluga. Po ovome modelu plaćanja organizirana je čitava primarna zdravstvena zaštita s hitnim službama, kao i bolničke poliklinike. Javne zdravstvene ustanove koje provode preventivnu zdravstvenu zaštitu financiraju se iz proračuna lokalnih zajednica. Bolnice su organizirane kao državne ustanove, kao ustanove filantropskih organizacija ili volonterskih agencija zdravstvenog osiguranja i kao privatne profitne institucije (Škrbić, 1978:125).

U prethodnoj tablici slikovito je prikazana shema financiranja zdravstvene zaštite u SAD-u. Kretanje financijskih sredstava u zdravstvu Amerike vrši se u dva temeljna pravca:

- prikupljeni novac dolazi u nadležne institucije i
- u nadležnim institucijama vrši se raspodjela financijskih sredstava pružateljima zdravstvenih usluga.

Pojedinci, kao i njihova poduzeća, plaćaju propisane poreze na dohodak (taxes). Kao dodatak postoji poseban porez koji plaćaju pojedinci, odnosno zaposleni i njihovi poslodavci, za posebne zdravstvene programe, npr. Medicare. Poduzeća najčešće plaćaju cijele iznose ili najveći dio premija zdravstvenog osiguranja, a zaposlenici samo ostali manji dio premija. Na tržištu individualnog osiguranja zaposleni sami plaćaju cijele iznose premija (premiums) osiguranja i to neposrednim putem.

U Velikoj Britaniji, osim primarnog osiguravanja dostupnosti kod liječenja fondovi ugovaraju usluge i sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Ugovori se najčešće zaključuju s bolnicama koje su u sustavu NHS-a (hospital trusts), ali se dio zdravstvene zaštite osigurava i s privatnim bolnicama. Samo u 2005. godini u Velikoj Britaniji bilo je oko 150 ovakvih fondova. Fondovi za bolničko liječenje imaju mogućnost zarađivati dodatna sredstva za pacijente koji plaćaju samostalno (privatni osiguranici).



Slika 4: Tijekovi novca u Nacionalnoj zdravstvenoj službi Velike Britanije

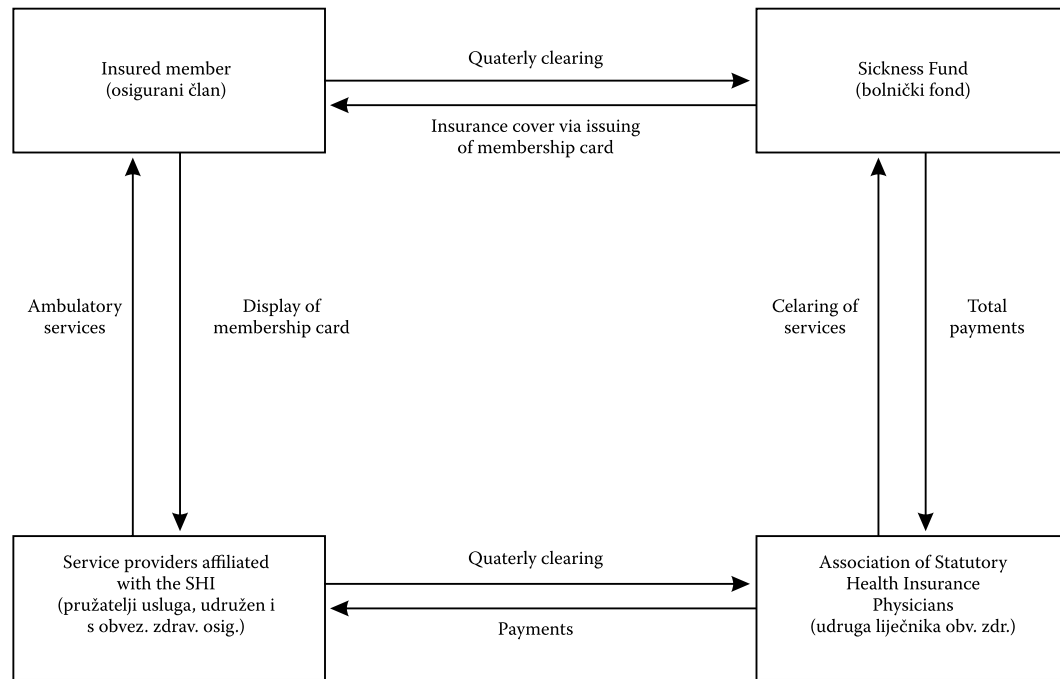
Source: Thomson J. (2007), Methods of financing health care, Fifteenth International Conference of Social Security Actaries and Statisticians Helsinki, Finland, 23-25 May, 2007.

Većina javnog novca predviđenog za zdravstvenu zaštitu ide putem fondova zdravstvene njege (Primary Care Trusts). Ministarstvo zdravstva određuje prema relevantnim parametrima koliko novca treba raspodjeliti prema određenom fondu. Parametri na temelju kojih se vrši raspodjela novca su: broj stanovnika, zdravstveno stanje stanovništva, socijalni status, cijene zdravstvenih usluga za određeno područje (odraz cijene rada i usluga na tom području).

Fondovi zdravstvene njege ugovaraju zdravstvene usluge s pružateljima i te im usluge raspodjeljuju, sukladno utvrđenim cijenama i tarifama zdravstvenih usluga koje su utvrđene od strane ministarstva zdravstva (vrijede za cijelo područje Velike Britanije). Oko 82,00% svih troškova NHS plaća se iz glavnih poreza, a ostatak iz doprinosa koji plaćaju poslodavci i zaposleni, 12,20% na njihova primanja. U Velikoj Britaniji se 2,30% ukupnog proračuna naplati u vidu sufinanciranja za pružanje određenih zdravstvenih usluga, kao što su zubarske usluge, brzi i kompleksni testovi, liječnički recepti itd. Djeca i starije kategorije stanovništva te osiguranici

s nedovoljnim primanjima, oslobođeni su plaćanja ovakvog vida financiranja (The British Health and Welfare System, http://elt.britcovn.org.pl/elth_what.htm). Građani Velike Britanije mogu slobodno birati privatna zdravstvena osiguranja. Tako je u 2003. godini oko 15,00% britanskih građana bilo osigurano putem privatnoga zdravstvenog osiguranja, uz trend neprestanog rasta u skoroj budućnosti.

Samo u razdoblju 1992-2005. godine, u Njemačkoj je povećana provizija od ubranih premija privatnoga zdravstvenog osiguranja za 84,16 milijarde maraka. Ukupna bolnička zdravstvena potrošnja u Njemačkoj je porasla sa 43,7 milijardi na 56,7 milijardi maraka ili za 29,74%. Najveći udio u zdravstvenoj potrošnji ima obvezno zdravstveno osiguranje, koje čini gotovo 86,41% ukupnog osiguranja. Državna kapitalna ulaganja u bolničku zdravstvenu zaštitu neprestano opadaju. Do 1995. godine u Njemačkoj je bio miješani sustav s aspekta ujedinjenja kapitala i dohotka između pojedinih bolesničkih blagajni. Troškove za umirovljenike zajednički su pokrivali svi fondovi, a za ostale vrste osiguranika nije bilo namjene dohotka.



Slika 5: Flow of finances services and benefits among players

Source: Schradin and Wende, 2006.

Uvođenjem konkurencije među fondovima stvorili su se mehanizmi prilagodbe rizika, ujednačavajući dohodak osiguranika i prosječne troškove po dobi, spolu ili nemoći. Time se izvršio pritisak na bolesničke fondove, koji su morali pokrivati sve stvarne troškove redistribuiranim novcem. Kompenzaciju oko rizika vrši ured za osiguranje. Naravno da prebacivanje novca iz jednog u druge fondove ima i svoje teškoće. To su i politička pitanja jer svi fondovi svoj novac (doprinos) nerado daju drugima, a drugo je pitanje više tehničke naravi i odnosi se na ponovnu podjelu koja uvijek ne mora uzeti u obzir kriterije troškova i doprinosa (Georg Braun, 2006).

Osigurane osobe u Njemačkoj mogu na temelju članske karte biti korisnici određenoga bolesničkog fonda (sickness fund). Osiguranici na temelju pripadnosti određenom fondu i predočavanjem članske karte koriste ambulantne usluge kod nekog pružatelja zdravstvenih usluga s kojim je fond sklopio ugovor (service providers). Na drugoj strani, bolesnički fondovi na temelju prethodno izvršenih proračuna na početku fiskalne godine, vrše ukupna godišnja plaćanja udruženjima liječnika zdrav-

stvenog osiguranja (Association of statutory health insurance Physicians), a ova udruženja kvartalno plaćaju pružatelje zdravstvenih usluga. Kontrola raspodjele prihoda u zdravstvenom osiguranju Njemačke koncentrirana je u ovakvim udruženjima, koja čine posebne stručne skupine. Posebna povjerenstva sastavljena su iz redova platiša (unije bolesničkih fondova) i pružatelja zdravstvenih usluga (unije doktora, zubara i bolnica). Ova povjerenstva odlučuju o standardima i normativima zdravstvene zaštite na federalnoj razini te cijenama temeljnih elemenata za kupovanje zdravstvenih usluga. Važnost ovakvih povjerenstava jest i u kontroli i nadzoru pružatelja zdravstvenih usluga, kako bi se osigurala optimalna zdravstvena njega za sve osigurane osobe, te maksimalno iskoristili postojeći zdravstveni kapaciteti (Overview of the German health – care industries: evolution, trends, and main players, February, 2007).

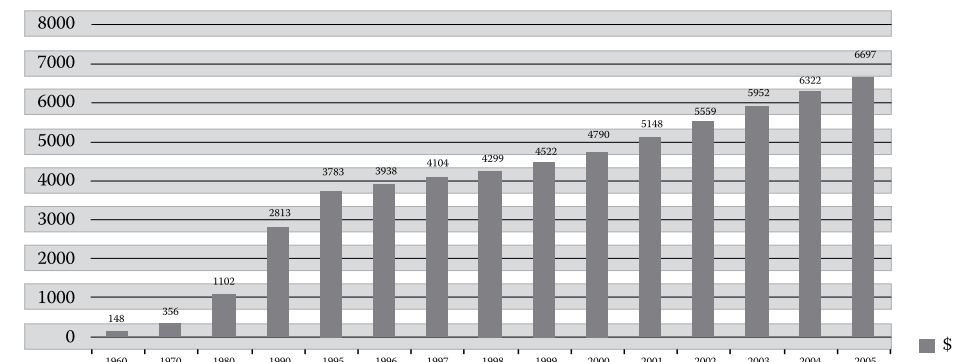
3.2. TEŠKOĆE U FINANCIRANJU ZDRAVSTVENOG SEKTORA

Prije 40 godina u SAD-u potrošnja u zdravstvu iznosila je 75 milijardi dolara ili svega 365 dolara po jednoj osobi. SAD na zdravstvenu zaštitu posljed-

njih godina troši oko 6.500 dolara po jednoj osobi. Samo u 2005. godini potrošeno je oko dva trilijuna dolara na zdravstvenu zaštitu, što preciznije iznosi oko 6.697 dolara po osiguranoj osobi godišnje. Ovakva potrošnja u zdravstvu Amerike čini 16,00% ukupnog BDP-a. Ako se trend povećanja troškova u zdravstvu Amerike nastavi, pretpostavlja se da će ukupni troškovi zdravstva u sljedećih desetak godina narasti i do 19,60% BDP-a. Cijene zdravstvene zaštite prekoračile su ekonomski rast u svakoj prethodnoj godini. U posljednjih 30 godina u SAD-u registriran je prosječni godišnji rast troškova zdravstva oko 9,80%, što je 2,5 puta više od porasta nominalnog BDP-a (Henry, 2007).

Na temelju već navedenih podataka u SAD-u je evidentirana velika zdravstvena potrošnja. Razlika u potrošnji između SAD-a i drugoplasirane zemlje u svijetu iznosila je gotovo 13,00% manje i gotovo 90,00% veća od prosjeka visoko razvijenih zemalja. Usprkos visokoj potrošnji u SAD-u nisu zabilježeni bolji zdravstveni rezultati nego kod drugih razvijenih zemalja. Tijekom cijele 2006. godine u SAD-u je došlo do povećanja premija privatnog osiguranja u prosjeku za 6,10%. Prosječne godišnje premije za jednu osobu iznosile su 4.479 dolara ili 12.106 dolara za jednu prosječnu obitelj. Prosječni doprinosi zdravstvenog osiguranja za jednu osobu iznosili su 694 dolara, a za cijelu obitelj 3.281 dolara; ostala sredstva za zdravstvenu zaštitu pokrivaju poduzeća zaposlenih osiguranika.

Tablica 2: Nacionalni troškovi zdravstvene zaštite po glavi stanovnika i njegov udio u BDP-u za razdoblje 1960-2005. godine.



Source: Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> see Historical; NHE summary including share of GDP, CY 1960-2005, file nhdgd05 zip.

Osiguranici na temelju zaposlenosti ili individualni osiguranici plaćaju privatna zdravstvena osiguranja na temelju posebno definiranih ugovora o zdravstvenom osiguranju. Posebna javna zdravstvena osiguranja u SAD-u su Medicare, Medicaid, S – chip i VA. Vlada koristi prikupljeni novac od poreza za plaćanje zdravstvenog osiguranja u posebnim javnim fondovima. Za financiranje zdravstvene zaštite zaposlenih u javnim službama, vlada koristi novac prikupljen iz proračuna za plaćanje premija privatnim osiguravajućim kućama. Prema američkom zakonodavstvu, poslodavci koji plaćaju zdravstveno osiguranje za svoje zaposlene u djelomičnim ili cijelim iznosima, ostvaruju prava na porezne olakšice (troškovi ostvareni kao uplate zdravstvenog osiguranja priznaju se kao troškovi poslovanja tvrtke, čime se zapravo smanjuju obveze poreza na korporacijsku dobit). Za primjenu ovih beneficija američko zdravstvo bilježi deficit oko 100 milijardi dolara godišnje. Stoga država ozbiljno razmišlja o novim fiskalnim rješenjima u američkom zdravstvenom sustavu financiranja.

Pojačani stupanj bolesti i iznimno veliki troškovi zdravstvene zaštite, predstavljaju velike probleme američkoga zdravstvenog osiguranja. Uglavnom se troškovi zdravstvene zaštite plaćaju preko privatnih zdravstvenih osiguranja. Zdravstveno osiguranje ne pokriva sve potrebe osiguranika. Tako primjerice radnici koji plaćaju osiguranje preko doprinosa u 37,50 % nemaju osiguranu produženu njegu kod kroničnih bolesti ili u 49,50 % slučajeva nemaju osiguranu potpunu stomatološku zaštitu (Ginsburg,

1992:130). U Americi Medicare osigurava zdravstveno osiguranje osobama starijim od 65 godina života, koje su voljne plaćati subvencionirane premije. Program Medicaid omogućava zdravstvenu zaštitu siromašnom stanovništvu. U načelu, korištenje zdravstvenih usluga preko navedenih programa je nekvalitetnije od onih koje se plaćaju. Strukture stanovništva koje nisu uopće osigurane ne mogu koristiti zdravstvene ustanove pod upravom privatnih dobrovoljnih organizacija i institucija.

Iz naprijed navedenog jasno se uočavaju slabosti i u američkom zdravstvenom sustavu. Stoga je američka administracija, još za vrijeme prvog mandata predsjednika Klintona, poduzela određene reformske poteze zdravstvenog financiranja. Prema ponuđenim reformskim prijedlozima, temeljno plaćanje usluga vršilo bi se kroz godišnje premije. Zaposlenim osobama bi oko 80,00 % zdravstvenih troškova bilo pokriveno na temelju osiguranja, dok bi preostalih 20,00 % snosili sami osiguranici. Neza-poslene i neosigurane osobe morale bi same plaćati svoje usluge, tako da bi država osigurala posebne instrumente pomoću kojih bi omogućila liječenje i takvim kategorijama stanovništva. Ovakvim obilježjima američki sustav zdravstva bi se znatno približio europskim socijalnim osiguranjima. Ovakav prijedlog financiranja zdravstva u SAD-u naišao je na osporavanje republikanaca u američkom parlamentu, a takva protivljenja su iskazali i određeni medicinski krugovi poput američkoga medicinskog udruženja American Medical Association i nekih osiguravajućih organizacija (Chandler, 1996:181).

Naravno, postoje i neke teškoće u britanskom zdravstvenom sustavu. U Velikoj Britaniji moguće je uzeti tzv. puno privatno zdravstveno osiguranje. U modelu NHS svi osiguranici koji ne koriste zdravstvene usluge, nemaju mogućnosti povrata uloženi sredstava (povrat poreza i sl.). Usprkos tomu što je britanski zdravstveni sustav financiran većim dijelom iz poreza kojim upravlja država, on ne funkcionira bez poteškoća. Tijekom 2006. godine u sustavu NHS ostvaren je deficit od 750 milijuna eura (The British Health System – health insurance business, http://www.ess-europe.de/en/uk_health_insurance.htm). Oko 86,00% troškova u zdravstvu Velike Britanije javnog su karaktera. Statistički podaci pokazuju da je potrošnja u NHS po glavi jednog stanovnika u 2000. godini bila je oko 889 britanskih funti, a do kraja 2007. godine predviđa se potrošnja čak 1678 britanskih funti po jednom stanovniku.

U Velikoj Britaniji temelje racionalizacije u zdravstvenoj politici čine: smanjenje kapitalne potrošnje, racionalizacija bolničkog sustava, formula-cija načela prioriteta u potrošnji primjenom metoda zdravstvenog planiranja, reguliranje stope rasta zdravstvene potrošnje, limitiranje rasta troškova u farmaceutskoj službi, stimuliranje alternativa u bolničkoj zaštiti, poticanje prevencija i povećanje naknade za zubnu i očnu njegu i slično (Ristić, 2001:136). Proces privatizacije tih je godina uzeo maha i u nacionalnoj zdravstvenoj službi Velike Britanije. Tako se samo u razdoblju 1979. do 1986. godine udvostručio broj privatnih kreveta i osoba koje su osigurane u privatnim osiguravajućim kućama. Tako je privatni sektor 1976. godine osiguravao svega 3.500 kreveta, a 1986. godine taj broj je povećan na 10.000 kreveta. Znatno se povećala kontrola troškova liječnika primarne zdravstvene zaštite, a zdravstvenim ustanovama upravljaju menadžeri, koji strogo vode računa o financijskom poslovanju zdravstvenih ustanova (regulirano zakonima). Faktički bolnice su počele funkcionirati dobrim dijelom i na gospodarskim načelima. U skladu s reformskim pravcima uvode se mehanizmi ograničavanja troškova i ugrađivanja elemenata racionalizacije u procesima upravljanja zdravstvenom potrošnjom, tzv. Cost-containment. Tadašnje istraživanje troškova zdravstvenog sustava u Britaniji pokazalo je znatno povećanje troškova liječenja u privatnom sektoru, u odnosu na liječenje organizirano u nacionalnoj zdravstvenoj službi. Taj je rast najznačajniji u području tzv. hladnih operativnih zahvata gdje su troškovi najniži, a profit najveći (Kingdom, 1996:150). Promjene u britanskom zdravstvenom sustavu treba sagledati s više različitih aspekata. Činjenica je da su dobrim dijelom dane podrške ideji javnog zdravstva i u novim reformskim pravcima zdravstvene politike britanske državne zajednice.

Zadnjih godina evidentni su problemi u financiranju zdravstvenoga sektora i u zemljama Bismarkovog modela npr. Njemačkoj, Hrvatskoj i sl. Troškovi u zdravstvenom sustavu Njemačke narasli su ukupno 40,60% za razdoblje 1993.-2003. godine (godišnji rast 4,06%). Samo u 2003. godini registrirana je ukupna zdravstvena potrošnja od 239 milijardi eura. Njemačka je u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji prema GDP-u zauzela treće mjesto s 11,10%. Samo u 2005. godini obvezno zdravstveno osiguranje potrošilo je oko 140,549 milijardi eura (Overview of the German health – care industries: evolution, trends, and main players, February, 2007, p.12-27). Dva temeljna razloga neprestanog povećanja troškova u

zdravstvu Njemačke su: veliki napredak u medicinskoj tehnologiji i demografska struktura stanovništva (povećanje stare populacije uz istovremeno smanjenje mlade populacije). Također se javljaju institucionalne promjene koje dovode do povećanja troškova zdravstva (oni koji zarađuju više mogu birati privatno osiguranje te se tako neprestano uskraćuju prihodi obveznog zdravstvenom osiguranju).

U cilju prevladavanja poteškoća na mikrorazinama bilo je nekoliko reformi. Prva faza primjene fiskalnih mjera bila je u razdoblju do 1995. godine, kada su uvedeni proračunski sustavi za bolnice, farmaceutske proizvode i medicinske pristojbe, čime se pokušavalo spriječiti nekontrolirani rast troškova u zdravstvenom sektoru Njemačke. Druga faza reformskih procesa financiranja bila je od 1996. godine i odnosi se na smanjenje bolničkih kreveta za 15,00 %. Lokalne su vlasti imale mogućnost zadržati postojeće stanje, ali su to morale platiti vlastitim sredstvima. Davatelji zdravstvenih usluga morali su se prilagoditi prosječno utvrđenim troškovima, koje su utvrdili kupci zdravstvenih usluga. Lokalne vlasti su mogle zadržati liberalni način ugovaranja kupovine zdravstvenih usluga, ali su morali dodatno platiti iznad propisanih standarda (Zrinščak, 1999:6). Prema posebnim sporazumima bolnica, bolničkih blagajni i liječnika zdravstvenog osiguranja regulirano je upućivanje pacijenata na bolničku njegu (stvoren su uvjeti da se u bolnice šalju pacijenti koji neće dugo ležati), te da se iscrpe sve mogućnosti ambulantskog zbrinjavanja.

Sve navedene mjere trebale su utjecati na skraćivanje boravka u bolnicama i tako pridonijeti uštedama u krevetima i novcu. Novim reformskim zakonom Njemačka je smanjila listu lijekova koji padaju na teret tzv. bolesničke blagajne. Određene grupe lijekova i pomagala, kao što su naočale, slušni aparati, kurativna sredstva i razna druga pomagala imaju određeni fiksni iznos participiranja kojeg određuju zdravstveni fondovi (racionalnije korištenje). Lijekovi izvan esencijalne liste, s utvrđenim fiksnim iznosom moraju se nabavljati po propisanim participacijama, koje će biti zamijenjene s procentualnim udjelom u plaćanju. Njemački zakonodavac je uspostavio veću kontrolu nad uslugama iz kataloga povlastica, kao i načina njihova prenošenja putem određenih i stručnih odbora za stvaranje zakonskih uvjeta. Dalji cilj vladine politike jest uspostava nacionalnog instituta za kvalitetu zdravstvenih usluga i tako smanjiti utjecaj aktualne vlasti na kvalitetu zdravstvene zaštite (Rainhard i ostali, 2007:39). Temeljni cilj dosadašnjih reformi zdravstvenog

osiguranja u Njemačkoj, bio je spriječiti povećanje troškova u zdravstvenom sustavu. Stoga je bilo nužno poduzeti dalje reforme u ovom pravcu, a to se učinilo zakonom o zdravstvenoj strukturi iz 1992. godine. Tim zakonom Nijemci su pokušali uvesti pravo slobodnog biranja bolesničkih blagajni (briga za osiguranike). Uvedeno je načelo zajedničke samouprave između blagajni i povezanih liječnika (ograničeni natjecateljski elementi i povećana državna regulacija). Rezultat novih zakonskih rješenja u njemačkom zdravstvenom osiguranju je dalja profesionalizacija fondova zdravstvenog osiguranja. U skladu s tim, bitno je smanjen broj fondova s 1000 u 1990-tim na svega 335 u 2002. godini.

Sve snažnije reformske mjere bile su samo reakcija na interna kretanja njemačkog zdravstvenog sustava. Posebice je bitno pokazati na regulaciju o opskrbi medicinskim sredstvima. U tom sektoru leži porast troškova zdravstva, pri čemu vlada Njemačke pokušava uvesti posebne proračune čije prekoračenje ide na štetu honorara liječnika i farmaceutske poduzeća. Novi instrumenti s učinkom usporenja troškova trebali bi biti tzv. regulacija aut-idem, prema kojoj bi se trebale propisivati djelotvorne tvari umjesto medikamena, koje su jeftinije na tržištu, a mogu s isporučiti (Becker, 2003:31). Liječnici zdravstvenog osiguranja dužni su voditi računa o visini troškova prilikom upućivanja pacijenata na bolničko liječenje, ali je zdravstveno osiguranje dužno osigurati usporedne cjenike zdravstvenih usluga u bolnicama. Novim zakonskim rješenjima normiraju se sufinanciranja zdravstvenog osiguranja za zubarske usluge i troškove prijetoza bolesnika. Zdravstveno osiguranje imalo je obvezu stimulirati grupnu zubno – medicinsku zaštitu kod djece i mladih, a za osiguranike od 14-25 godina uvedene su mjere preventivne zubarske kontrole (uvedene su restrikcije kurativne zdravstvene zaštite).

Sukladno samomu modelu financiranja zdravstvenog osiguranja, kao i u Njemačkoj i u Hrvatskoj, najveći teret zdravstvene zaštite imaju zaposleni i njihovi poslodavci (stopa doprinosa 15,00%, a udio zaposleni i poslodavci 50,00%:50,00%). Ostali prihodi za potrebe zdravstvene zaštite osiguravaju se iz proračuna preko poreza na dohodak građana, PDV-a i sl.. Uloga privatnoga zdravstvenog osiguranja neznatna je i pokrivaju je sami građani u cjelokupnom iznosu. Hrvatska danas troši oko 8,00% BDP-a za zdravstvenu zaštitu ili oko 340 američkih dolara po stanovniku, pri čemu je u sredini, među 15 zemalja starih članica EU (prosjeck 8,8%, a u novim članicama 7,1% BDP-a). U Hrvatskoj se oko 84,00%

troškova zdravstvene zaštite pokriva sredstvima iz javnih izvora, a samo 16,00% iz privatnih izvora. Privatizacija zdravstva u Hrvatskoj još uvijek je na samom početku. Sve dosadašnje vlade imale su strategije razvitka privatizacije, ali se u sektoru zdravstva nije puno postiglo. Privatizacijom u zdravstvu rasteretili bismo ograničene mogućnosti HZZO, koji se financira izdvajanjem 1,3 milijuna zaposlenih, a mora biti dostatan za cijelo stanovništvo. Samo u razdoblju 2000. do 2005. godine provedeno je ukupno pet sanacija zdravstvenih ustanova u ukupnoj vrijednosti od 4.260.000.000,00 kuna (osiguranje, Dostupno: <http://www.phrma.hr/download.aspx.05.08.2007>). U sadašnjem financijskom modelu zdravstveni sustav Hrvatske je neodrživ, registrirani deficiti svake godine su oko 2 milijarde kuna (<http://belupo.hr/Default.aspx,dostupno 12.01.2009>).

Temeljni je problem u sustavu zdravstvenog financiranja slaba osnova zaposlenih koji plaćaju doprinose zdravstvenog osiguranja. Samo 1,3 milijuna zaposlenih u Hrvatskoj financira gotovo 4,5 milijuna stanovnika. Usprkos pozitivnom procesu centralizacije u sustavu zdravstvenog osiguranja ostali su ogromni troškovi zdravstvenog sustava. Većina je građana nezadovoljna sadašnjom situacijom u zdravstvu, o čemu svjedoče i sve učestalije javne rasprave o novoj zdravstvenoj reformi. Tek donesene prve mjere reforme zdravstvenog sektora u Hrvatskoj imaju veliki publicitet. Naime, u prvim mjerama pokušava se uvesti odgovornost u financiranje zdravstva Hrvatske države. Tako se uvode participacije od 20,00% na zdravstvene usluge, osim onih od kojih su građani oslobođeni. Pokušavaju se uvesti novi izvori financiranja zdravstva preko posebnih poreza na duhan i duhanske preradevine i sl. (traži se veći udio proračuna u financiranju zdravstvenog sektora). Vlada R. Hrvatske ozbiljno razmišlja o uvođenju ovih mjera u narednom razdoblju, a ove godine planira odvojiti trećinu sredstava ubranih od posebnih poreza na duhanske preradevine za financiranje zdravstva. Već od 01. siječnja 2009. godine uvedeni su novi mehanizmi plaćanja bolničke zdravstvene zaštite, a temeljeni na dijagnostičko povezanim grupama tzv. DRG-ovima, koji trebaju biti u funkciji racionalnije potrošnje.

3.3. PRORAČUNSKO FINANCIRANJE ILI FINANCIRANJE DOPRINOSIMA

Američki sustav zdravstvenog financiranja temelji se na iznimno visokome stupnju razvitka finan-

cijskog tržišta, baziran na rizicima i nije primjeren za većinu zemalja europskog kontinenta. Stoga ga nećemo uspoređivati u daljem izlaganju. U ovom dijelu rada želimo dati veće značenje usporedbi sustava financiranja iz proračuna (Velika Britanija) i sustava socijalnoga zdravstvenog osiguranja (Njemačka, Hrvatska i sl.). Temeljne razlike ovih sustava financiranja leže u samom karakteru izvora njihovih prihoda. U sustavima financiranja zdravstva iz proračuna temeljni izvori prihoda su porezi, a u socijalnom zdravstvenom osiguranju to su doprinosi zdravstvenog osiguranja. U načelu svaki od ovih sustava ima svojih prednosti i nedostataka.

U načelu sustavi socijalnoga zdravstvenog osiguranja imaju dobar sustav ugovaranja kupovine zdravstvenih usluga. Istina u nekim zemljama u razvitku ovaj sustav nije dovoljno doraden i više zakonodavno formalno postoje mogućnosti kupaca da definiraju i utvrđuju točnu kupovinu zdravstvenih usluga (kvalitetu, cijene i sl.). Međutim u praksi ovaj dio još uvijek nije u punoj mjeri profunkcionirao i nije dao apsolutna prava kupcima u pogledu same kontrole i upravljanja sredstvima osiguranih osoba (klasični primjeri u Hrvatskoj, Bosni i Hercegovini i Srbiji). Međutim, sustav financiranja socijalnoga zdravstvenog osiguranja, ipak zakonski ima bolje mogućnosti od jednoga klasičnog integriranog sustava kakav je recimo u Velikoj Britaniji (sustavom kupovine i prodaje zdravstvenih usluga neposredno rukovodi nadležno ministarstvo, monopol javnih zdravstvenih ustanova). U sustavima socijalnog osiguranja kupci imaju mogućnosti razvijati dobre kontrolne mehanizme za točnije utvrđivanje: troškova, kvalitete, zdravstvenih potreba i sl. Generalno i politički postavlja se pitanje da li su sustavi temeljeni na ugovaranju SZO transparentniji po samoj prirodi doprinosa, kao namjenskoga javnog prihoda, za razliku od bilo kojeg poreza, kao općega javnog prihoda. Usprkos potencijalnoj prednosti glede transparentnijeg i odgovornijeg raspolaganja sredstvima zdravstvenog osiguranja, ipak se mora priznati, da su sustavi socijalnoga zdravstvenog osiguranja dosta skuplji i iziskuju složeniju i opsežniju administraciju. Posebice je to izraženo u zdravstvenim sustavima s više autonomnih fondova, kao primjerice u Švedskoj ili Bosni i Hercegovini). U sustavima socijalnog zdravstvenog osiguranja fondovi imaju monopolnu poziciju, ali u posljednje vrijeme u nekim zemljama kao u Njemačkoj ili Nizozemskoj postoje inicijative za uvođenje mogućnosti osiguranicima za slobodan izbor osiguravatelja te stvaranje povoljnije konkurencije među fondo-

vima zdravstvenog osiguranja. Naravno da postoje i opravdane bojazni zlouporabe korištenja prava od strane pojedinih osiguranika te mogućnostima izmjene osiguravatelja špekulativnog karaktera (Kenkel, 2000).

Prema mišljenju nekih ekonomista (Wagstaff, 2007), sustav socijalnoga zdravstvenog osiguranja ima veći potencijal redovnih i izvanrednih prihoda od sustava financiranog iz poreza. Posebice je to izraženo u mješovitim modelima, kod kojih postoje objektivna ograničenja naplate prihoda iz proračuna. Nedostaci koji proistječu iz modela socijalnoga zdravstvenog osiguranja predstavljaju opasnost od neformalnog sektora. Velik je izazov, kako naplatiti dio prihoda iz tzv. neformalnog sektora. Stoga, ako određeni zdravstveni sustavi žele pokriti zdravstvenim osiguranjem cjelokupno stanovništvo, mogu se javiti objektivne poteškoće u samom sustavu naplate doprinosa. Naime za adekvatnu razinu prihoda, u takvim okolnostima nužne su veoma visoke stope doprinosa. U ovakvim fiskalnim uvjetima postoje veliki rizici. Mogu se javiti velike poteškoće, kako u samoj naplati doprinosa tako i u znatnom povećanju troškova ubiranja doprinosa zdravstvenog osiguranja, a posebice je to izraženo u decentraliziranim zdravstvenim sustavima.

Posljednjih godina u Njemačkoj su se vodile značajne rasprave oko reforme zdravstvenog sektora, posebice je značajno pitanje troškova radne snage. Neki ekonomisti smatraju da su troškovi radne snage u Njemačkoj veliki (14,00% doprinosi na plate), te da ugrožavaju konkurentnost njemačkih poduzeća (Schmidt, 2006). Naravno i veliko oporezivanje plaća ima negativan utjecaj na zaposlenost, stoga se u strategijama rada zemalja članica OECD-a preporučuje smanjenje poreza na plaće. Teoretičar Summers (vidjeti Summers, 1989) glede stvarne veličine oporezivanja plaća tvrdi da porezi na plaće djeluju ulijevo na samu krivulju potražnje za radom, a udesno na krivulju ponude za radom. Povećanje neposrednih poreza također smanjuje visine nadnica, zaposleni nisu motivirani raditi za nadnice na istoj razini, što generira smanjenje ukupne zaposlenosti itd.. Ipak u samom pristupu glede financiranja socijalnoga zdravstvenog osiguranja postoje i različita stajališta u Njemačkoj (predvodnica financiranja zdravstva iz doprinosa). Socijaldemokratska partija Njemačke se zalaže za uvođenje doprinosa vezanih za prihode, a demokršćanska partija Njemačke za uvođenje doprinosa zdravstvenog osiguranja s paušalno utvrđenim stopama (mala domaćinstva bi se subvencionirala). Postoje i razmišljanja da se stope

doprinosa socijalnog osiguranja smanje, da se ubrani doprinosi usmjere u posebne centralne fondove. Takvi fondovi zdravstvenog osiguranja jednim bi se dijelom morali financirati iz poreza, a sve u cilju stvaranja potrebne likvidnosti.

Generalno gledajući prihodi u socijalnom zdravstvenom osiguranju imaju stabilniju naplatu prihoda od prihoda ostvarenih od poreza u jednom vremenskom razdoblju (manje su varijacije). Usprkos stabilnijoj situaciji, i u sustavu SZO evidentirane su krizne situacije kao primjerice u Njemačkom zdravstvenom sustavu (Nonneman and Doorslaer, 1994). Temeljni uzroci Njemačke zdravstvene krize od prije desetak godina jesu: znatan pad prihoda uz povećanu nezaposlenost te povećanje ukupnog broja starijeg stanovništva. U Njemačkoj su posljednjih godina naglo porasli troškovi u zdravstvenom sektoru. Danas je udio zdravstvenih troškova u ukupnim troškovima BDP-a Njemačke države gotovo za trećinu veći od prosjeka zemalja OECD-a. Veliki napredak u sustavu zdravstvenog osiguranja zemlje sa SZO postigle su uspostavljajući sustav univerzalnog i jednakopravnog zdravstvenog osiguranja. Naravno za postizanje takve razine osiguranja zdravstvenog sustava trebalo je dosta godina postupne evaluacije, gotovo preko stotinu godina (Njemačka, Austrija, Luksemburg itd.).

Cilj mnogih zemalja u razvoju koje imaju sustav SZO¹ jest postići univerzalno zdravstveno osiguranje. Tako primjerice, u Hrvatskoj, Srbiji ili Bosni i Hercegovini, gdje postoji veliki neformalni sektor, postoji veliki rizik pravilne implementacije univerzalnog i jednakopravnog zdravstvenog sustava. Uključiti ljude iz neformalnog sektora i članove njihovih obitelji velik je problem. Doprinosi su često velikih iznosa i siromašni građani ga često ne mogu platiti. Teškoće su uključiti u sustav doprinosa i one koji nisu siromašni, jer će oni za cijenu zdravstvene usluge radije izdvojiti iz džepa i tako dobiti adekvatnu zdravstvenu uslugu. Često građani u javnom sektoru imaju slabu dostupnost, a za novce u privatnom sektoru tu dostupnost mogu znatno poboljšati. Cijene zdravstvenih usluga često nisu toliko veće od cijena tzv. sufinanciranja ili participacija osiguranih osoba, što je dodatni motiv za izbor dragovoljnog zdravstvenog osiguranja. Mogućnosti da se postigne univerzalno socijalno zdravstveno osiguranje veoma su male, u gospodarstvima koja imaju veliki broj nezaposlenih i veliki broj zaposlenih u neformalnom sektoru.

¹ SZO – socijalno zdravstveno osiguranje.

4. Zaključak

Primjer tržišnog modela organizacije i financiranja zdravstva prisutan je u SAD-u i pokazuje određene manjkavosti, kao što su: veliki postotak neosiguranih osoba, trend nerazmjernog povećanja troškova u zdravstvu u odnosu na BDP (procjenjuje se da bi mogao narasti i do 20,00% BDP u narednih nekoliko godina). Danas je prosječna zdravstvena potrošnja po jednom osiguraniku oko 6.697 američkih dolara. Poseban problem američkog modela financiranja zdravstva jest veliki postotak neposrednog plaćanja, bez javne kontrole državnih institucija, a sustav poreznih olakšica nije adekvatno dizajniran te uzrokuje stalne deficite. Prisutni deficiti uzrokovani su i velikim administrativnim troškovima koji proistječu iz samog obilježja organizacije zdravstva te slabom javnom kontrolom subvencija i cijena zdravstvenih usluga (sustav je liberaliziran). Načela zdravstvenog osiguranja temeljena su uglavnom na rizicima.

Praktični primjer Beveridge modela organizacije zdravstva utemeljen je u Velikoj Britaniji. Sustav je prilično centraliziran. Zdravstvena zaštita se pokriva preko 90,00% putem NHS - nacionalne zdravstvene službe. Zastupljen je visok stupanj javne kontrole u potpunom organiziranju i financiranju zdravstvenog sektora. Sustav financiranja organiziran je preko 152 fonda (organizirani na zemljopisnom načelu). Financiranje je temeljeno na proračunu i vrlo malom dijelu na doprinosima (svega 15,00% stanovnika ima privatno zdravstveno osiguranje). Usprkos jakoj zdravstvenoj kontroli ovaj model financiranja zdravstva u Velikoj Britaniji bilježi posljednjih godina deficite (značajan porast troškova u zdravstvu – koncem 2007. godine registrirana potrošnja preko 1.678 funti po jednom osiguraniku). Temeljni uzroci deficita zdravstvenog sektora jesu: velika kapitalna ulaganja u državnim bolnicama, nekontrolirani rast troškova u farmaceutskom sektoru te nepostojanje adekvatnih metoda planiranja zdravstvene potrošnje.

U Njemačkoj je prisutan izvorni Bismarckov model financiranja zdravstvene zaštite. Temeljen je

uglavnom na doprinosima zdravstvenog osiguranja. Najveći dio stanovništva ima obvezno zdravstveno osiguranje (preko 75,00%). Kao i u prethodna dva modela financiranja zdravstva vrši se preko mnoštva fondova zdravstvenog osiguranja. Alokacija sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja temeljena je na načelima solidarnosti. Ukupna potrošnja u zdravstvenom sektoru neprestano raste i dosegla je 11,10 BDP-a (u posljednjih desetak godina porasla je za 40,60%). Kontrola prikupljanja i raspodjele sredstava koncentrirana je u posebnim udruženjima sastavljenim od članova bolesničkih fondova i članova pružatelja zdravstvenih usluga. Subjektivni uzroci povećanja troškova zdravstvenog sektora kod većine zemalja ovog modela financiranja su: nepostojanje adekvatnog planiranja zdravstvene potrošnje, nepostojanje proračuna bolničkih kapaciteta i kompletnog farmaceutskog sektora.

Posebice je značajan problem fiskalne neodrživosti financiranja zdravstva, kako u Njemačkoj, tako i u Hrvatskoj (veliki dio stanovništva plaća simbolične iznose zdravstvenog osiguranja, umirovljenici, nezaposleni, socijalno ugrožene kategorije – načelo solidarnosti). Stoga u ovim zemljama treba pravilnije dizajnirati fiskalni sustav financiranja zdravstva te uvesti nove izvore financiranja (npr. akcize na cigarete i sl.). Objektivni uzroci znatnog povećanja troškova općenito u svijetu su: veliki napredak medicinske tehnologije i povećanje stare populacije stanovništva. Subjektivno, većina zemalja treba uvođenje mehanizama tržišnog ograničenja troškova u zdravstvu tzv. Cost – containment, kako bi se racionalnije provodila zdravstvena zaštita.

Usprkos zajedničkim tendencijama u zdravstvu, kao što su privatizacija, racionalizacija troškova i slično, prilikom dizajniranja reforme zdravstvenog sustava, moraju se uvažavati specifičnosti svake zemlje (društveno-ekonomsko uređenje, političko – teritorijalni ustroj, stanovništvo, resursi, običaji i sl.). U praksi, pojedine zemlje često kombiniraju pojedina obilježja osnovnih modela organizacije i financiranja zdravstvene zaštite tzv. miješani modeli, kao što je to slučaj u Hrvatskoj, Bosni Hercegovini, Makedoniji ili Srbiji.

5. Literatura

- Mastilica, M, Financiranje zdravstvene zaštite i zdravstveno osiguranje, str. 6, dostupno: <http://www.pharma.hr/dovnwload.aspx>, 14.08.2007.
- Health Insurance An Overview http://commonwealthfund.org/General/General_show.htm doc str. 6, (see *The Commonwealth Found, Dana from the Current Population Survey, March, 2007*).
- Henry J, Kaiser, Family Health care costs, Key information on helath care cost and their impact, August, 2007.
- Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> see Historical; NHE summary including share of GDP,CY 1960-2005, file nhedgd 05 zip,
- Dr. Škrbić M, (1978), Uvod u ekonomiku zdravstva Jugoslavije, Medicinska naknada, Zagreb, str. 125.
- Kao-Ping Chua, *overview of the U.S.Health Care System, AMSA Jack Rutledge Fellow 2005-2006, February 10, 2006, str. 3 i 4.*
- Ginsburg N, (1992), Divisions of Welfare, A Critical Introduction to Comparative Socia Policy, London, Sage publicitions, str. 130.
- Chandler J, (1996),The United States of America, u: Wall, A.(ed.), str.181.
- Thomson J. (2007), *Methods of financig health care, Fifteenth International Conference of Social Security Actaries and Statisticians Helsinki, Finland, 23-25 May, 2007.*
- The British Health and Weltare System, http://elt.britcovn.org.pl/elth_what.htm
- Ristić Ž, (2001), Socijalna ekonomija, Ekonomski fakultet, Beograd, str.136.
- Kingdom J, The United Kingdon,u: Wall, A. (ed), 1996, Health Care Systems in Liberal Democracies,London and New York, Routledge, str.150.
- Reinhard B, Richard B, Hans F i W. Dubois, (2007), Organization and financing of social helth insurance systems: current status and recent policy developments, str. 40.
- The health insurance system of germany, <http://www.ess-europe.de/en/germany.htm>.
- Georg Baum, *The system of hospital financig, deutsche krankenhaus gesellschaft, 2006.*
- Schradin and Wende, 2006.
- Overview of the German health – care industries:evolution,trends, and main players, Febrauary, 2007, p.12-27.
- Zrinščak S, (1999), Sustavi zdravstvene politike u svijetu – osnovna obilježja i aktualni procesi, Izvorni znanstveni članak UDK: 614.4/9.332.316.4, Revija za socijalnu politiku, Zagreb, str. 6.
- Reinhard B, Richard B, Hans F i W. Dubois, Organization and financing of social helth insurance systems: current status and recent policy developments, str. 39.
- Becker U, Najnovije reforme zakonskog zdravstvenog osiguranja u Njemačkoj – stvaranje instrumenata tržišnog natjecanja i dalji razvitak pokrivanja rizika u svijetlu europskih integracijskih procesa, Digital point d.o.o, Rijeka, 2003, str. 31-35.
- <http://www.phrma.hr/download.aspx>, dostupno. 05.08.2007.
- <http://belupo.hr/Default.aspx>,dostupno 12.01.2009
- Kenkel, D.S (Prevention.Handbook of health economics. A.J. Culyer and J.P. Newhouse. Amsterdama; New York, Esevier: 2v.
- Wagsstaff, A., M. Lindelow, J. Gao, L, Xu and J.Oian (2007), proširivanje zdravstvenog osiguranja na neformalni sektor: Procjena utjecaja nove kooperativne medicinske sheme u Kini, Washington DC, Svjetska banka, Mimeo.
- Scmidt, U (2006), Zdravstvena politika i zdravstvena ekonomija u Njemačkoj, Washington DC, Friedrich Ebert Fondacija, Gover,
- Summers,L.H (1989) Neke jednostavne ekonomske radnje obveznih prava, Američka ekonomska revija 79(2): 177-83.
- Nonneman, Wand E van Doorslaer (1994), Uloga bolesničkih fondova na belgijskom tržištu zdravstvene njege, Soc. Sci .Med 39(10): 1483:95.

Branimir Marković, Ph. D.,
Faculty of Economics, Osijek

Slavko Vukić, M. Sc.,
Institute for Health Insurance,
Odžak, Bosnia and Hercegovina

ORGANIZATION AND FINANCING MODELS OF HEALTH SERVICE IN SELECTED COUNTRIES

Summary

The introductory part of the work gives a short theoretical presentation regarding possible financing models of health services in the world. In the applicative part of the work we shall present the basic practical models of financing health services in the countries that are the leaders of classic methods of health services financing, e. g. the USA, Great Britain, Germany and Croatia. Working out the applicative part of the work we gave the greatest significance to analysis of some macroeconomic indicators in health services (tendency of total health consumption in relation to GDP, average consumption per insured person etc.), to structure analysis of health insurance and just to the scheme of health service organization and financing. We presume that each model of health service financing contains certain limitations that can cause problem (weak organization, increase of expenses etc.). This is the reason why we, in the applicative part of the work, paid a special attention to analysis of financial difficulties in the health sector and pointed to the needs and possibilities of solving them through possible reform measures. The end part of the work aims to point out to advantages and disadvantages of individual financing sources through the comparison method (budgetary – taxes or social health insurance – contributions).

KEY WORDS: organization models, health services scheme, difficulties in health services