

Modeli financiranja zdravstvenog sustava

Ferhatović, Valeria

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Tourism and Hospitality Management / Sveučilište u Rijeci, Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:191:951276>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-08**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of Tourism and Hospitality Management - Repository of students works of the Faculty of Tourism and Hospitality Management](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu
Sveučilišni diplomski studij

VALERIA FERHATOVIĆ

**Modeli financiranja zdravstvenog sustava - primjer odabranih
zemalja**

**Models of financing the health system – example of selected
countries**

Diplomski rad

Opatija, 2024.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu
Sveučilišni diplomski studij
Marketing u turizmu

**Modeli financiranja zdravstvenog sustava - primjer odabranih
zemalja**

**Models of financing the health system – example of selected
countries**

Diplomski rad

Kolegij:	Nacionalna ekonomija	Student:	Valeria Ferhatović
Mentor:	Prof. dr. sc. Marinela Krstinić Nižić	Matični broj:	DS 3965/23
Komentor:	Dr.sc. Maša Trinajstić		

Opatija, lipanj 2024.



SVEUČILIŠTE U RIJECI UNIVERSITY OF RIJEKA

FAKULTET ZA MENADŽMENT U TURIZMU I UGOSTITELJSTVU

FACULTY OF TOURISM AND HOSPITALITY MANAGEMENT

OPATIJA, HRVATSKA CROATIA

**IZJAVA STUDENTA - AUTORA
O JAVNOJ OBJAVI OBRANJENOG ZAVRŠNOG/DIPLOMSKOG/DOKTORSKOG
RADA**

Valeria Ferhatović
(ime i prezime studenta)

DS 3965/23,
(Matični broj studenta)

Izjavljujem da kao student - autor Diplomskog rada dozvoljavam Fakultetu za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu Sveučilišta u Rijeci da ga trajno javno objavi i besplatno učini dostupnim javnosti u cjelovitom tekstu u mrežnom digitalnom repozitoriju Fakulteta za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu Sveučilišta u Rijeci.

U svrhu podržavanja **otvorenog** pristupa *završnim / diplomskim / doktorskim* radovima trajno objavljenim u javno dostupnom digitalnom repozitoriju Fakulteta za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu, Sveučilišta u Rijeci, ovom izjavom dajem neisključivo imovinsko pravo iskorištavanja bez sadržajnog, vremenskog i prostornog mog Diplomskog rada kao autorskog djela pod uvjetima *Creative Commons* licencije **CC BY** Imenovanje, prema opisu dostupnom na <http://creativecommons.org/licenses/>.

Opatija, 1.6.2023.

Student - autor:

(potpis)

Sažetak

U ovom diplomskom radu analizira se tema modeli financiranja zdravstvenog osiguranja unutar tri zemlje: Republike Hrvatske, Savezne Republike Njemačke i Sjedinjenih Američkih Država. Detaljno se razrađuju za svaku zemlju modeli kojim se financira zdravstveni sustav te koja prava unutar svake države osobe imaju unutar javnog, a koja prava unutar privatnog sustava zdravstvenog osiguranja. Republika Hrvatska i Savezna Republika Njemačka zdravstveni sustav financiraju prema Bismarckovom modelu odnosno prema modelu koji se temelji na načelu solidarnosti. Iako u obje zemlje prevladava javni način osiguranja, u Saveznoj Republici Njemačkoj se pojavljuje i kombinacija sa privatnim zdravstvenim osiguranjem za osiguranike sa višim prihodima. U Sjedinjenim Američkim Državama model financiranja zdravstvenog sustava je tržišni model, te unutar te zemlje ne postoji model univerzalnog osiguranja. Prevladavaju privatna osiguranja unutar stanovništva, javno zdravstvo je rezervirano za najosjetljiviji dio društva kao što su stariji, nezaposleni i djeca međutim i unutar tog javnog zdravstva usluge uvelike variraju vezano uz mjesto i način korištenja tih usluga.

Ključne riječi: zdravstveni sustav, modeli financiranja, Republika Hrvatska, Savezna Republika Njemačka, Sjedinjene Američke Države

Sadržaj

1. UVOD -----	1
2. KARAKTERISTIKE ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA -----	3
2.1. Oblici zdravstvenog osiguranja -----	3
2.2. Modeli financiranja zdravstvenog sustava -----	4
3. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE U HRVATSKOJ, NJEMAČKOJ I SJEDINJENIM AMERIČKIM DRŽAVAMA I NAČIN FINANCIRANJA -----	6
3.1. Financiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj -----	6
3.1.1. Obvezno zdravstveno osiguranje -----	7
3.1.2. Prava i obveze zdravstveno osiguranih osoba -----	8
3.1.2. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje -----	17
3.2. Financiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Saveznoj Republici Njemačkoj ----	20
3.2.1. Zakonsko zdravstveno osiguranje -----	20
3.2.2. Prava osiguranih osoba u zakonskom zdravstvenom osiguranju -----	22
3.2.3. Osiguravajuća društva zakonskog zdravstvenog osiguranja-----	25
3.2.4. Privatno zdravstveno osiguranje -----	27
3.3. Financiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Američkim Državama 30	
3.3.1. Povijest nastanka zdravstvenog sustava -----	31
3.3.2. Pružatelji zdravstvenog osiguranja i financiranje zdravstvenog sustava -----	32
4. SWOT ANALIZA ZDRAVSTVENIH SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE, SAVEZNE REPUBLIKE NJEMAČKE I SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA ----	41
ZAKLJUČAK -----	44
BIBLIOGRAFIJA -----	46
POPIS ILUSTRACIJA -----	48

1. UVOD

Zdravstvena skrb u 21. stoljeću iako bi trebala biti odavno savladan i usavršen sustav još uvijek je jedno od najosjetljivijih pitanja svake zemlje neovisno o trendovima, politici ili drugim vanjskim čimbenicima. U ovom radu se obrađuje jedno od socijalno osjetljivijih pitanja, zdravstveno osiguranje građana neke države neovisno o njihovom statusu i njihovoj dobi. Zdravlje je bitan čimbenik za društveni i gospodarski razvoj svake zemlje zbog toga što zadovoljni i zdravi stanovnici uvelike utječu na uspješan razvoj države i samim time stvaraju čvrsti sustav koji rezultira političkim mirom.

Predmet istraživanja ovog rada su usporedba modela financiranja zdravstvenog sustava i sami zdravstveni sustavi izabranih zemlja: Republike Hrvatske, Savezne Republike Njemačke i Sjedinjenih Američkih Država. Svrha rada je analizirati same modele financiranja te prikazati kako pojedina zemlja primjenjuje financiranje na vlastiti zdravstveni sustav i koje vrste zdravstvenih usluga iz toga proizlaze. Cilj samog rada je dublje objasniti javne i privatne načine osiguravanja u svakoj zemlji te samo financiranje zdravstvenog sustava zemalja na koji način su financijske dobrobiti iskorištene i prema kojim skupinama društva te postoje li zakinite skupine društva unutar tih zemalja za zdravstvenu skrb i njegu.

Prema dosadašnjem istraživanju¹ ukazuje se na veliki broj problema u zdravstvenim sustavima, kao najveći se prikazuje manjak financijskih sredstva bez obzira na model financiranja unutar ove tri zemlje. Analizirano je loše financijsko stanje stanovnika te njihova velika zaduženost zbog medicinskih troškova pogotovo stanovnika Sjedinjenih Američkih Država te njihovu zabrinutost za samu kvalitetu i dostupnost pruženih usluga.

Znanstvene metode korištene u radu su metoda deskripcije, metoda analize, metoda konkretizacije, metoda i metoda indukcije.

Rad je strukturiran u tri glavna poglavlja. Unutar prvog poglavlja su općenito objašnjene karakteristike, oblici te modeli zdravstvenog osiguranja. Unutar drugog poglavlja je pobliže objašnjeno zdravstveno osiguranje i financiranje zdravstvenog sustava u tri zemlje: Republici Hrvatskoj, Saveznoj Republici Njemačkoj i Sjedinjenim Američkim Državama. U svakom pod poglavlju je analizirana jedna zemlja te njezin način financiranja zdravstvenog sustava i koje su sve zdravstvene usluge pružene unutar tog sustava. Treće poglavlje prikazuje SWOT analizu

¹ Bodul, Dejan, i Vanja Smokvina. "Izazovi socijalne države u uvođenju osobnog bankrota-neka komparativa iskustva i potencijalni problemi." Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu 49.1 (2012): 139-165. <https://hrcak.srce.hr/file/117594> (pristupljeno 14.06.2024.)

odnosno snage, slabosti, prilike i prijetnje zdravstvenog sustava sve tri zemlje. Nakon obrađenih poglavlja rad završava sa zaključkom.

2. Karakteristike zdravstvenog osiguranja

Zdravstveno osiguranje je kompleksni i dimenzionalni pojam. Svoj temelj zasniva na ekonomskoj, političkoj i socijalnoj razini svake zemlje. Osim što je važno za ekonomsku održivost, državnu sigurnost na globalnoj razini, ono je temeljno pravo svakog čovjeka odnosno stanovnika².

Osigurano zdravstveno osiguranje za svaku osobu sigurno ulijeva puno osjećaja sigurnosti toj osobi odnosno stanovniku bilo koje zemlje. Zemlja u kojoj se to može ostvariti je zemlja koja će težiti ekonomskoj uspješnosti odnosno imati će više mogućnosti za napredak i razvoj od zemalja kojoj stanovništvo ima velike zdravstvene probleme te loš i nerazvijen sustav koji to ne može podnesti te samim time imati će veće mogućnosti da naruši svoj gospodarski razvoj odnosno da ga ne može ni izgraditi te sa političkog aspekta će nastati problemi i nemir koji se neće moći lako riješiti. Stoga svaka bi svaka zemlja svijeta trebala ulagati posebne resurse u zdravstveni sustav koji će ukoliko je dobro razrađen pružati kvalitetnu zdravstvenu zaštitu koja je nužna za stanovnike. Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti i pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb.³ Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja.⁴

2.1. Oblici zdravstvenog osiguranja

Oblici zdravstvenog osiguranja mogu biti: državno – osnovno osiguranje, dobrovoljno osiguranje te privatno osiguranje.

Državno odnosno osnovno osiguranje je vrsta osiguranja koja bi trebala biti osigurana od strane države u kojoj osoba živi i u pravilu tom stanovniku bi trebala pokrivati osnove zdravstvenih potreba kao što su odlazak kod obiteljskog liječnika, ginekologa i zubara te

² Hrvatski zavod za javno zdravstvo, <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/medunarodni-dan-ljudskih-prava-zdravlje-je-temelj-ljudskih-prava-i-preduvjet-za-dostojanstven-zivot/>, (pristupljeno 13.06.2024.)

³ Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24 , čl. 4

⁴ Ibidem, čl. 5 st. 1

bolničko liječenje u državnim ustanovama. Ovakva vrsta osiguranja financirana je iz poreza i doprinosa koje plaćaju svi stanovnici te države.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je vrsta osiguranja koja nadopunjuje osnovno zdravstveno osiguranje odnosno državno osiguranje. Ono nije samostalno i samim time ne može se samostalno ugovoriti. Ova vrsta osiguranja pokriva dodatne zdravstvene troškove koji mogu nastati prilikom pregleda ili bolničkog liječenja te prilikom kupovine lijekova koji nisu navedeni na osnovnim listama lijekova koje propisuje država.

Privatno osiguranje je vrsta osiguranja koja se ugovara u privatnim osiguravajućim kućama. Može se ugovoriti uz već ugovoreno državno osiguranje, u takvoj vrsti osiguranje se mogu ostvariti prava na vrste usluga koje državno osiguranje ne pruža kao na primjer godišnji kompletni sistematski i slično. Osim toga privatna osiguranja se ugovaraju u slučaju da osoba ne ispunjava uvjete ostvarivanja prava na državno osiguranje, a želi imati neku vrstu zdravstvene zaštite to jest zdravstvenog osiguranja.

2.2. Modeli financiranja zdravstvenog sustava

U svijetu postoji tri vrste modela financiranja zdravstvenog sustava:⁵ Beveridgeov model, Bismarckov model i tržišni model. Sva tri su na svoj način različiti u vidu koliko veliki udio su stanovnici dužni platiti državi za zdravstveno osiguranje, obvezuje li ih država na plaćanje te koju skupinu točno to obvezuju te da li se temelji financiranje na solidarnosti ili ne.

Beveridgeov model nazvan po njegovom tvorcu Williamu Beveridgeu nastaje 1948. godine nakon drugog svjetskog rata u Velikoj Britaniji. U ovom modelu financiranja zdravstveno osiguranje se financira iz poreza koji su dužni plaćati svi građani zemlje u kojoj se on provodi. Osim poreza koje plaćaju građani ulaze i porezi koje plaćaju poduzeća te neizravni porezi od prodaje dobara i usluga. U ovom konceptu financiranja se smatra da zdravstvena skrb ne smije biti prepuštena tržištu. Država koja provodi ovaj način financiranja sama odlučuje o iznosu koju je svatko dužan platiti te kada se prikupi cijela svota novaca onda ista ta država odlučuje koji dio svih tih poreza će pripasti zdravstvenom sustavu. Ovaj model se primjenjuje većinom u europskim zemljama kao što su Italija, Švedska, Portugal, Velika Britanija itd.

Bismarckov model je nazvan po njegovom tvorcu Otto von Bismarck. Sam model je nastao 1883. godine u Prusiji (u današnje vrijeme teritorij Njemačke) te se temelji na solidarnosti i

⁵ Kovač, Nevenka „Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj“ Ekonomski vjesnik, God. XXVI, BR. 2/2013. str. 553

uzajamnosti. U ovom modelu financije se prikupljaju na način da se plaćaju doprinosi za zdravstveno osiguranje prema osnovi rada (zaposlene i samozaposlene osobe). Visinu doprinosa odnosno stopu doprinosa koja se plaća iz same plaće utvrđuje vlada ili neka druga ne vladina tijela, to ovisi od države do države koje koriste ovaj način financiranja. Fond u koji dolazi sav novac od doprinosa za zdravstveno osiguranje je upravljana od strane neovisne, neprofitne, privatne ili javne organizacije koja je pod nadzorom vlade te države te je način ophođenja fondom reguliran državnim propisima. Ovakav model financiranja se primjenjuje u zemljama poput Hrvatske, Njemačke, Austrije itd.

Tržišni model je model u kojem se financiranje zdravstvenog osiguranja temelji na tržištu, privatnom osiguranju i osiguranim rizicima. Privatno financiranje je model koji se temelji na zakonima kapitalističkoga društva, po principu „koliko platiš-toliko dobiješ“. Ovo je model u kojem je socijalni dio u potpunosti izostavljen. Financiranje zdravstvenih usluga ostvaruje se putem premija tj. gotovinskih uplata putem kojih se pojedinci osiguravaju za određeni period.⁶

Tablica 1. Karakteristike Beveridgeovog, Bismarckovog i tržišnog modela financiranja zdravstva

Model	Pokrivenost	Financiranje	Kontrola	Status
Beveridgeov	univerzalna	porezno	javna	socijalna usluga
Bismarckov	univerzalna	socijalno osiguranje	kombinirana	socijalno pravo
Tržišni	djelomična	privatno osiguranje	privatna	osigurani rizici

Izvor: Kovač, Nevenka „Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj“ Ekonomski vjesnik, God. XXVI, BR. 2/2013. str. 553

⁶ Kovač, Nevenka „Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj“ Ekonomski vjesnik, God. XXVI, BR. 2/2013. str. 553

3. Zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj, Njemačkoj i Sjedinjenim Američkim Državama i način financiranja

Republika Hrvatska i Republika Njemačka zdravstveno osiguranje financiraju prema Bismarckovom modelu međutim svaka zemlja ima svoj način upravljanja i izvršavanja zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite. Za razliku od Sjedinjenih Američkih država u kojima se financiranje zdravstvenog osiguranja izvršava prema tržišnom modelu koji se potpuno razlikuje od Bismarckova modela.

3.1. Financiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Republika Hrvatska je socijalna vrsta države te kao takva jamči svojim stanovnicima zdravstvenu sigurnost. Republika Hrvatska jedinstvena je i nedjeljiva demokratska i socijalna država.⁷ Postoji dvije glavne vrste zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj: obvezno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Svaka vrsta za sebe je regulirana određenim zakonom u kojem se navode sva prava i obveze pružatelja zdravstvenog osiguranja i sva prava i obveze osiguranih osoba. Osim ove dvije vrste osiguranja postoji i privatno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj preko kojeg se mogu osigurati stranci koji ne uvjetuju državnim zdravstvenim osiguranjem. Način financiranja zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj najbliži je Bismarckovom modelu financiranja zdravstva. Ovakav način financiranja zdravstvenog osiguranja financira se iz doprinosa zaposlenih, samozaposlenih i poljoprivrednika. Dopinos za zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj iznosi 16,5% od bruto plaće koje plaća poslodavac.⁸ Odnosno cijelo financiranje se temelji na solidarnosti zaposlenih koji izdvajaju iz svojih plaća za zdravstveno osiguranje i zdravstvenu zaštitu cijelog stanovništva. U slučaju da se dogodi da su financijske obveze za zdravstveni sustav koje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ima veće od svih uplata koje je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaprimio putem doprinosa, razlika u iznosu se plaća iz državnog proračuna odnosno iz poreza koje je država prikupila, ukoliko iznos od poreza nije dovoljan

⁷ Ustav Republike Hrvatske čl. 1.

⁸ Zakon o doprinosima NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18, 33/23, 114/23, čl. 14 st. 1

onda se država mora zadužiti jer Republika Hrvatska svoje stanovnike ne želi ostaviti bez dostupnog zdravstvenog osiguranja. Po toj činjenici možemo zaključiti da Republika Hrvatska u nekim slučajevima kombinira dvije vrste financiranja: Bismarckov model po tome da je socijalna zemlja i financira zdravstveni sustav iz doprinosa zaposlenih, samozaposlenih i poljoprivrednika što se u većini slučajeva i događa te se koristi tim modelom, ali u slučaju nestašice novaca iz fonda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kojem se uplaćuju sav novac prikupljen iz doprinosa, Republika se koristi i Beveridgeovim modelom gdje se zdravstveni sustav financira iz državnog proračuna što taj model i zagovara.

Tablica 2. Ostvareni prihodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2023. godini u odnosu na 2022. godinu

Prihodi-primici	2022.	2023.	Indeks	Struktura	
				2022.	2023.
Prihodi od doprinosa	3.500.942.523,72	4.001.510.338,50	114,30	77,86	78,01
Prihodi od proračuna	635.742.252,31	710.569.580,00	111,77	14,14	13,85
Prihodi po posebnim propisima	357.229.756,45	401.979.652,80	112,53	7,95	7,84
Prihodi od imovine	1.091.458,09	7.306.112,76	669,39	0,02	0,14
Pomoći iz inozemstva-projekti EU	514.371,89	5.416.800,64	1.053,09	0,01	0,11
Prihodi od pruženih usluga	291.382,46	314.308,15	107,87	0,01	0,01
Ostali prihodi	42.955,07	58.445,84	136,06	0,00	0,00
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	486.352,78	2.004.627,96	412,18	0,01	0,04
Ukupni prihodi	4.496.341.052,78	5.129.159.866,65	114,07	100,00	100,00

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2023. godinu, https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/Izvj%20e%20A1%20C4%2087e%20o%20poslovanju%20HZZO-a%20za%202023.%20godinu_1.pdf, (pristupljeno 15.06.2024.)

Ukupni prihodi u 2023. godini iznose 5.129.159.866,65 eura te su veći za 14,07 % u odnosu na 2022. godinu kada su iznosili 4.496.341.052,78 eura. Unutar prihoda postoje tri stavke koje su najznačajnije za ostvarene prihode. Najveći udio unutar tih prihoda imaju prihodi od doprinosa koji iznosi za 2023. godinu 4.001.510.338,50 eura što je više za 14,30% u odnosu na 2022. godinu i čini 78,01% ukupnih doprinosa. Nakon toga su prihodi od proračuna koji su za 2023. godinu 11,77% veći nego u 2022. godini te prihodi po posebnim propisima koji su u 2023. godini veći za 12,53% nego u 2022. godini.

3.1.1. Obvezno zdravstveno osiguranje

Obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj je regulirano Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine 80/13, 137/13, 98/19, 33/23). Zakon o obveznom

zdravstvenom osiguranju uređuje opseg prava na zdravstvenu zaštitu, prava i obveze osiguranih osoba i ugovornih subjekata koji provode zdravstvenu zaštitu, uvjete i način ostvarivanja prava te financiranje zdravstvenog sustava.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je nositelj zdravstvenog osiguranja, osnovan je 21. kolovoza 1993. nakon reforma koje su se odvijale devedesetih godina prošlog stoljeća. Ovlasti kao nositelj zdravstvenog osiguranja preuzeo je od tadašnjeg Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske. Za cilj ima da se osiguraju sva prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja svim osiguranicima u sustavu te temelji svoja načela na uzajamnosti, jednakosti i solidarnosti.

Zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj je obvezno te samim time svaki stanovnik Republike Hrvatske bi trebao imati regulirani status u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje. Osim državljanima Republike Hrvatske zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita je omogućena i strancima te su prava i obveze za strance koji se žele osigurati u Republici Hrvatskoj regulirana Zakonom o zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca (Narodne novine br. 80/13, 15/18, 26/21, 46/22).

Za strance koji ne ostvaruju pravo na zdravstveno osiguranje niti putem Zakona o zdravstvenom osiguranju niti putem Zakona o zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca mogu se osigurati u privatnim aranžmanima kod privatnih osiguravajućih kuća.

3.2.2. Prava i obveze zdravstveno osiguranih osoba

U Republici Hrvatskoj osobe koje su obvezne imati zdravstveno osiguranje su:⁹

- ❖ osobe sa prebivalištem u Republici Hrvatskoj;
- ❖ stranci kojima je odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj;
- ❖ osobe koje su državljani drugih država članica Europske unije, Europskog ekonomskog prostora i Švicarske te imaju odobreni privremeni boravak u Republici Hrvatskoj temeljem radnog odnosa kod poslodavca sa sjedištem u Hrvatskoj ili obavljanja samostalne gospodarske ili profesionalne djelatnosti;
- ❖ osobe koje su državljani drugih članica Europske unije, Europskog ekonomskog prostora i Švicarske te imaju odobreni privremeni boravak u Republici Hrvatskoj pod

⁹ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/nacionalna-kontaktna-tocka-ncp/zdravstveno-osiguranje-u-republici-hrvatskoj>, (pristupljeno 01. ožujka 2024.)

uvjetom da nisu obvezno zdravstveno osigurani ni u jednoj drugoj državi članici Europske unije, Europskog ekonomskog prostora i Švicarske

- ❖ osobe koje su državljani države koja nije članica Europske unije, Europskog ekonomskog prostora i Švicarske te imaju odobreni privremeni boravak.

Ukoliko je osoba koja obitava u Republici Hrvatskoj zdravstveno osigurana u zemlji koja je članica Europske unije, Europskog ekonomskog prostora i Švicarske ili je osigurana u zemljama koje su sklopile međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju sa Republikom Hrvatskom, a to su Srbija, Sjeverna Makedonija, Crna Gora, Turska i Bosna i Hercegovina imaju mogućnost korištenja zdravstvene zaštite u onom opsegu koji je propisan europskim pravnim propisima ili međunarodnim ugovorima.

Iz obveznog zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske proizlaze i prava na zdravstvenu zaštitu i novčane naknade.

Zdravstvena zaštita se dijeli na primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu te na razinu zdravstvenih zavoda.

Zdravstvena zaštita uključuje prava na:¹⁰

- ❖ specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu
- ❖ bolničku zdravstvenu zaštitu
- ❖ primarnu zdravstvenu zaštitu
- ❖ pravo na lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
- ❖ ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
- ❖ dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
- ❖ pravo na zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama, ugovornim državama i trećim državama

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini je pružena kroz djelatnosti:¹¹

- ❖ opće/obiteljske medicine
- ❖ zdravstvene zaštite predškolske djece
- ❖ zdravstvene zaštite žena
- ❖ patronažne zdravstvene zaštite

¹⁰ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23, čl. 18 st. 1.

¹¹ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>, (pristupljeno 10. ožujka 2024.)

- ❖ zdravstvene njege u kući bolesnika
- ❖ stomatološke zdravstvene zaštite
- ❖ higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite
- ❖ laboratorijsku dijagnostiku
- ❖ ljekarništvo te
- ❖ hitnu medicinsku pomoć

Primarna razina zdravstvene zaštite omogućava zdravstveno osiguranoj osobi u Republici Hrvatskoj koja je osigurana pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje slobodni izbor obiteljskog liječnika, zubara i ukoliko ste osiguranik ženskog spola ginekologa. Osobe koje su stranci i/ili imaju zdravstveno osiguranje u zemljama članicama Europske unije ili su iz zemalja s kojima Republika Hrvatska ima međunarodni ugovor nemaju mogućnost se upisati kao pacijenti liječnika obiteljske medicine, zubara ili ginekologa, ali i dalje imaju mogućnost korištenja tih usluga odnosno mogu koristiti svoja prava kod bilo kojeg liječnika koji im je potreban i sljedeći puta otići kod nekog drugog liječnika jedino što je bitno da liječnik ima sklopljen ugovor sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje kako bi se troškovi korištenja zdravstvene zaštite mogli platiti od strane države koja je davalac zdravstvenog osiguranja.

Sekundarna razina zdravstvene zaštite predstavlja vrstu zdravstvene zaštite koja se ostvaruje temeljem uputnice izdane od strane liječnika primarne zdravstvene zaštite te obuhvaća obavljanje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite i bolničke zdravstvene zaštite.

Tercijarna zdravstvena zaštita predstavlja vrstu zdravstvene zaštite koja se ostvaruje temeljem uputnice izdane od strane liječnika primarne zdravstvene zaštite te obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti.

Osim zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite prava osiguranika obuhvaćaju i pravo na novčane naknade:

Vrste novčanih naknada su:¹²

- ❖ naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite
- ❖ novčana naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova temeljem kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohoci

¹² Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23, čl. 36 st. 1.

- ❖ naknade za troškove prijevoza u vezi korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja
- ❖ naknade za troškove smještaja jednog od roditelja ili osobi koja se skrbi o djetetu za vrijeme bolničkog liječenja djeteta

U slučaju priznate ozljede na radu ili profesionalne bolesti osiguranici imaju pravo na:¹³

- ❖ naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti za rad uzrokovane priznatom ozljedom na radu, odnosno profesionalnom bolešću,
- ❖ naknadu za troškove prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koja je posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti,
- ❖ naknadu za troškove pogreba u slučaju smrti osigurane osobe, ako je smrt neposredna posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti

Osobe koje se obvezno moraju osigurati i time dobivaju status osiguranika prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju su:¹⁴

1. osobe u radnom odnosu službenici i namještenici i s njima, prema posebnim propisima izjednačene osobe zaposlene na državnom području Republike Hrvatske
2. osobe koje su izabrane ili imenovane na dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave, ako za taj rad primaju plaću
3. osobe s prebivalištem odnosno odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj zaposlene u drugoj državi članici ili ugovornoj državi koje nemaju zdravstveno osiguranje nositelja zdravstvenog osiguranja države članice ili ugovorne države, odnosno koje nisu obvezno zdravstveno osigurane prema propisima države rada na način kako je to određeno propisima Europske unije odnosno međunarodnim ugovorom
4. članovi uprave trgovačkih društava, i izvršni direktori trgovačkih društava, likvidatori i upravitelji zadruga, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada i ako posebnim propisom nije drugačije određeno

¹³ Ibidem čl. 37 st. 1.

¹⁴ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/obvezno-zdravstveno-osiguranje-0/tko-su-osigurane-osobe-hzzo>, (pristupljeno 30. ožujka 2024.)

5. osobe koje se stručno osposobljavaju za rad bez zasnivanja radnog odnosa, odnosno koje se stručno osposobljavaju za rad uz mogućnost korištenja mjera aktivne politike zapošljavanja, sukladno posebnim propisima
6. osobe koje na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačenih djelatnosti, osobe koje samostalno u obliku slobodnog zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost te osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju djelatnost poljoprivrede i šumarstva kao jedino ili glavno zanimanje, ako su obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu obvezno zdravstveno osigurane po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu.
7. osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju poljoprivrednu djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje ako su vlasnici, posjednici ili zakupci ili ako poljoprivrednu djelatnost obavljaju u obliku samoopskrbnoga poljoprivrednog gospodarstva te ako nisu obveznici poreza na dohodak ili poreza na dobit i ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu ili se nalaze na redovitom školovanju
8. osobe koje obavljaju poljoprivrednu i šumarsku djelatnost kao jedino ili glavno zanimanje, a upisani su u Upisnik obiteljskog poljoprivrednog gospodarstva, odnosno u Upisnik šumoposjednika u svojstvu nositelja ili člana obiteljskog poljoprivrednog, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada ili su korisnici prava na mirovinu ili se nalaze na redovitom školovanju
9. svećenici i drugi vjerski službenici vjerske zajednice koja je upisana u evidenciju vjerskih zajednica koju vodi nadležno državno tijelo, ako nisu obvezno zdravstveno osigurani po osnovi rada
10. korisnici prava na mirovinu prema propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište odnosno odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište u Republici Hrvatskoj
11. korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju po propisima o mirovinskom osiguranju Republike Hrvatske, ako imaju prebivalište odnosno odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište u Republici Hrvatskoj
12. korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja, ako propisima Europske unije odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, ako imaju prebivalište odnosno odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište u Republici Hrvatskoj

13. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su se prijavile HZZO-u u roku od 30 dana od dana:
- a) prestanka radnog odnosa, prestanka obavljanja djelatnosti ili od dana prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema ZOZO-u
 - b) prijevremenog prestanka služenja vojnog roka odnosno dragovoljnog služenja vojnog roka odnosno od dana isteka propisanog roka za služenje vojnog roka odnosno dragovoljnog služenja vojnog roka
 - c) otpuštanja iz ustanove za izvršenje kaznenih i prekršajnih sankcija, iz zdravstvene ili druge specijalizirane ustanove, ako je bila primijenjena sigurnosna mjera obveznoga psihijatrijskog liječenja ili obveznoga liječenja od ovisnosti u zdravstvenoj ustanovi
 - d) navršениh 18 godina života, ako nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi
 - e) isteka školske odnosno akademske godine u kojoj su završile redovito školovanje prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj ili drugoj državi članici odnosno položenog završnog ispita
14. redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta stariji od 18 godina života koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište ili boravište u Republici Hrvatskoj odnosno koji su državljani Republike Hrvatske s prebivalištem u drugoj državi članici koji u Republici Hrvatskoj imaju boravište, pod uvjetom da nisu obvezno zdravstveno osigurani u drugoj državi članici te stranci s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, s time da status po tom osnovu mogu koristiti najduže do isteka školske godine odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje, a najduže u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi
15. redoviti učenici srednjih škola i redoviti studenti visokih učilišta u drugim državama članicama stariji od 18 godina života koji su državljani Republike Hrvatske i imaju prebivalište u Republici Hrvatskoj te stranci s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, s time da status prema toj osnovi mogu koristiti najduže do isteka školske godine odnosno završetka akademske godine u kojoj su završili redovito školovanje prema propisima države školovanja, a najduže u trajanju od ukupno osam godina po toj osnovi, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi
16. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj stariji od 18 godina života, koje su prema propisima o redovitom

školovanju u Republici Hrvatskoj ili u drugoj državi članici izgubile status redovitog učenika odnosno redovitog studenta, ako su se prijavile HZZO-u u roku od 30 dana od dana gubitka statusa redovitog učenika ili redovitog studenta i ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi

17. supružnik umrlog osiguranika odnosno životni partner i neformalni životni partner umrlog osiguranika, hrvatski državljanin s prebivalištem ili stranac s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem Republici Hrvatskoj koji nakon smrti supružnika, životnog partnera i neformalnog životnog partnera nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako se HZZO-u prijavio u roku od 30 dana od dana smrti supružnika odnosno životnog partnera, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne može ostvariti po drugoj osnovi
18. osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj kojima je priznat status ratnog vojnog ili civilnog invalida rata, i mirnodopskog vojnog invalida, status žrtve seksualnog nasilja u Domovinskom ratu odnosno status korisnika obiteljske invalidnine sukladno propisima o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata, o civilnim stradalnicima iz Domovinskog rata ili o pravima žrtava seksualnog nasilja za vrijeme oružane agresije na Republiku Hrvatsku u Domovinskom ratu, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi
19. osobe s prebivalištem odnosno odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj koje imaju priznat status hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi
20. osobe koje pružaju njegu i pomoć hrvatskom ratnom vojnom invalidu iz Domovinskog rata u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi
21. osobe na odsluženju vojnog roka odnosno dragovoljnom odsluženju vojnog roka (ročnici), kadeti te pričuvnici za vrijeme obavljanja službe u Oružanim snagama Republike Hrvatske, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne ostvaruju po drugoj osnovi
22. osobe koje su prekinule rad zbog toga što ih je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje, dok traje obrazovanje odnosno stručno usavršavanje
23. osobe koje je pravna ili fizička osoba prije stupanja u radni odnos uputila kao svoje stipendiste na praktičan rad u drugu pravnu osobu ili kod druge fizičke osobe radi stručnog osposobljavanja ili usavršavanja, dok traje praktični rad

24. osobe upućene u drugu državu članicu, ugovornu ili treću državu u sklopu međunarodne, obrazovne, znanstvene i kulturne suradnje, dok se tamo nalaze po toj osnovi
25. osobe kojima je priznato pravo na status roditelja njegovatelja odnosno njegovatelja u skladu sa zakonom kojim se uređuje socijalna skrb
26. osobe koje imaju status člana obitelji smrtno stradaloga ili nestaloga hrvatskog branitelja u skladu sa zakonom kojim se uređuju prava hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji koji imaju prebivalište odnosno odobren stalni boravak ili dugotrajno boravište u Republici Hrvatskoj ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po drugoj osnovi
27. osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda i nalaze se u ustrojstvenim jedinicama ministarstva nadležnog za pravosuđe, prema prijavi ministarstva nadležnog za pravosuđe
28. osobe koje obavljaju udomiteljstvo kao zanimanje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje udomiteljstvo
29. osobe koja su ostvarile pravo na nacionalnu naknadu za starije osobe u skladu sa zakonom kojim se uređuje nacionalna naknada za starije osobe, ako obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti prema drugoj osnovi
30. hrvatski državljanin s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranac s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj nakon prestanka mandata zastupnika u Europskom parlamentu odnosno nakon prestanka radnog odnosa u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike koji su se HZZO-u prijavili u roku 30 dana od dana prestanka mandata odnosno radnog odnosa, ako obvezno zdravstveno osigurane ne ostvaruju po drugoj osnovi
31. državljanin druge države članice s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj koji su se HZZO-u prijavili u roku 30 dana od dana prestanka radnog odnosa odnosno obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti na državnom području Republike Hrvatske.

Ukoliko osoba želi steći zdravstveno osiguranje mora ispunjavati jedan od navedenih uvjeta te će tako steći status osigurane osobe u Republici Hrvatskoj i sukladno osnovi na kojoj je osoba prijavljena će joj pripasti i određena prava. Svaka vrsta osiguranja ima svoju vrstu, obvezu i prava. Neka prava su na dana na ograničeno razdoblje poput redovnih studenata koji se

osiguravaju po trajanju fakultetske godine ili nezaposlenih osoba koje nisu prijavljene pri Hrvatskom zavodu za zapošljavanje i samim time osiguranje im je ograničeno na devedeset kalendarskih dana unutar kojih su se dužni osobno javiti u bilo koji ured Hrvatskog zavod za zdravstveno osiguranje kako bi produžili svoje zdravstveno osiguranje na novih devedeset dana.

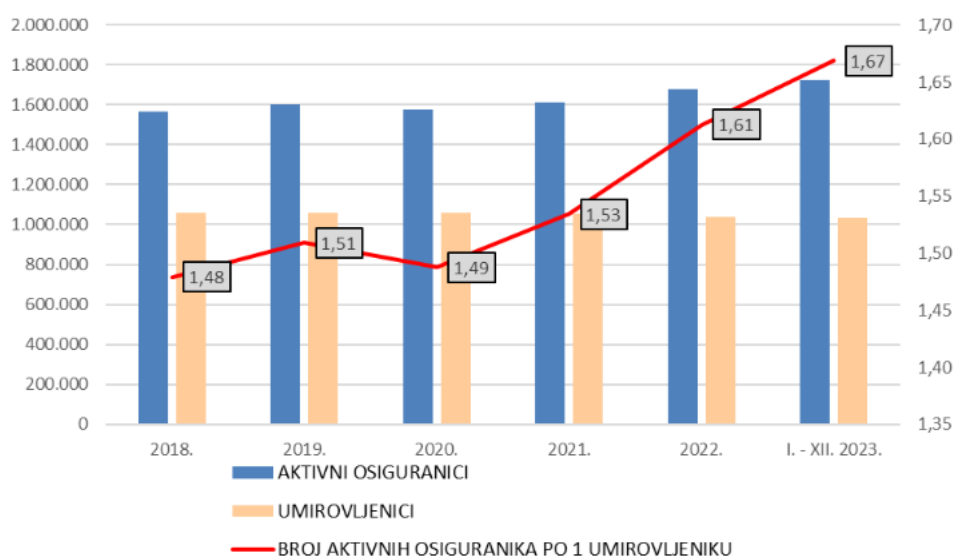
Tablica 3. Prosječan broj osiguranih osoba prema kategorijama osiguranja za 2023. godinu u odnosu na 2022. godinu

Kategorija osiguranja	Prosječan broj				Učešće %	
	2021.	2022.	2023.	Indeks '23/'22	2022.	2023.
- aktivni osiguranici	1.613.090	1.676.302	1.724.378	102,87	40,40	41,98
- poljoprivrednici	9.089	7.510	6.289	83,74	0,18	0,15
- umirovljenici	1.051.358	1.039.554	1.033.418	99,41	25,06	25,16
- članovi obitelji	360.761	320.516	287.114	89,58	7,73	6,99
- ostali	1.113.793	1.104.967	1.056.551	95,62	26,63	25,72
Ukupno Republika Hrvatska	4.148.091	4.148.849	4.107.750	99,01	100,00	100,00

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2023. godinu, https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/Izve%C5%A1%C4%87e%20o%20poslovanju%20HZZO-a%20za%202023.%20godinu_1.pdf, (pristupljeno 15.06.2024.)

U 2023. godini prosječan broj evidentiranih osiguranika unutar obveznog zdravstvenog osiguranja iznosi 4.107.750 osiguranika što je 0,99% manje nego u odnosu na 2022. godinu. Još uvijek najveći broj osiguranika pripada u kategoriju aktivnih osiguranika (zaposleni, samozaposleni) te je u 2023. godini zabilježen rast od 2,87% u odnosu na 2022. godinu. Broj osiguranika unutar kategorije umirovljenici je u 2023. godini pao za 0,59% u odnosu na 2022. godinu. Kategorije poljoprivrednici bilježe pad od 16,23% u 2023. godini u odnosu na 2022. Kategorija članovi obitelji također bilježe pad od 10,42% u 2023. godini u odnosu na 2022. U kategoriji ostali (inozemni osiguranici, nezaposleni, učenici i studenti i dr.) pad je zabilježen u iznosu od 4,39% u 2023. godini u odnosu na 2022. godinu.

Grafikon 1. Omjer kategorije aktivni osiguranici u odnosu na kategoriju umirovljenici u rasponu od 2018. godine do 2023. godine



Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2023. godinu, https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/Izvje%C5%A1%C4%87e%20o%20poslovanju%20HZZO-a%20za%202023.%20godinu_1.pdf, (pristupljeno 15.06.2024.)

U 2023. godini omjer broja zaposlenih po jednom umirovljeniku iznosi 1,67, u 2022. godini iznosilo je 1,61, dok najgori omjer je bio u 2018. godini gdje je zabilježeno da je omjer broja zaposlenih po jednom umirovljeniku bio 1,48.

3.1.2. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj je regulirano Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine br. 85/06, 150/08, 71/10, 53/20, 120/21, 23/23). Vrste, uvjeti i sam način provođenja određenog osiguranja je uređeno ovim Zakonom. Postoje tri vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: dopunsko osiguranje, dodatno osiguranje i privatno osiguranje.

Dopunsko zdravstveno osiguranje se provodi pri Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje i pri privatnim osiguravajućim kućama koje imaju službenu dozvolu za provođenje takvih vrsta osiguranja. Ova vrsta osiguranja osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite. Dopunsko osiguranje kao takvo nije obavezno za svakog osiguranika, a ugovoriti ga može samo osiguranik koji ima regulirano obvezno zdravstveno osiguranje jer dopunsko osiguranje služi kao dopuna osiguranja na zdravstveno osiguranje. Znači tko nema obvezno zdravstveno osiguranje nije u mogućnosti ugovoriti dopunsko zdravstveno osiguranje. Ukoliko u trenutku sklapanja police koja se vremenski ugovara na godinu dana osiguranik ima

obvezno zdravstveno osiguranje, ali ga unutar te ugovorene godine dana izgubi sva prava iz police dopunskog zdravstveno osiguranja prestaju s istim danom kada je prestalo obvezno zdravstveno osiguranje. Sklapanje takve vrste osiguranja se izvršava putem ugovora na kojem osiguranik ispunjava sve svoje osobne podatke te se potpisuje. Ugovor se sklapa između osiguranika i ugovaratelja osiguranja te je cijena osiguranja uređena općim aktom ako se osiguranje sklapa u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, a ukoliko se osiguranje sklapa u privatnoj osiguravajućoj kući onda je cijena uređena odlukom tog društva. Prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za ugovaratelja se smatra pravna ili fizička osoba, tijelo državne vlasti ili neko drugo tijelo koje je sklopilo ugovor u ime osiguranika.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osim police dopunskog zdravstvenog osiguranja na plaćanje nudi i mogućnost ukoliko osiguranik ispunjava određeni uvjet, osiguranik može sklopiti i besplatnu policu dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Ti uvjeti su:¹⁵

- ❖ osigurane osobe 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 sukladno propisima o socijalnoj skrbi
- ❖ osigurane osobe darivatelje dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,
- ❖ osigurane osobe dobrovoljne davatelje krvi s više od 35 davanja (muškarci), odnosno s više od 25 davanja (žene)
- ❖ osigurane osobe redovite učenike i studente starije od 18 godina
- ❖ osigurane osobe čiji ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno nije veći od 379,49 eura (prihodovni cenzus), a za osiguranike – samce, ako im prihodovni cenzus u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 475,12 eura

Osiguranici kako bi dokazali da ispunjavaju neki od ovih uvjeta moraju dostaviti dokaz. Dokaz za ostvarivanje prava pod prvom točkom je rješenje Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje ili Hrvatskog zavoda za socijalni rad ili Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, za ostvarivanje prava pod drugom točkom potrebno je dostaviti potvrdu zdravstvene ustanove o doniranom organu u svrhu liječenja, za ostvarivanje prava pod trećom točkom potvrdu Hrvatskog križa ili Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu, za

¹⁵ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://dzo.hzzo.hr/dopunsko-zdravstveno-osiguranje-na-teret-proracuna-rh>, (pristupljeno 30. ožujka 2024.)

ostvarivanje prava pod četvrtom točkom potvrdu obrazovne ustanove da se osiguranik redovno školuje te za ostvarivanje prava pod petom točkom potvrdu sa Porezne uprave o visini dohotka i primitka.

Nakon što službenici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje utvrde da osiguranik ima pravo na besplatno dopunsko osiguranje, osiguraniku će se temeljem prava putem kojeg ostvaruje pravo na besplatno dopunsko osiguranje ugovoriti besplatna polica koja ima svoj rok trajanja. Neke police su doživotnog trajanja naprimjer ukoliko ste darivatelj krvi, dok neke police se moraju na godišnjoj razini ponovno ugovarati kao naprimjer ukoliko je osiguranik redovni student.

Dodatno zdravstveno osiguranje se ugovara samo u privatnim osiguravajućim kućama. Sklapa se putem ugovora koji potpisuje osiguranik i osiguravatelj. Cijena dodatnog osiguranja ovisi o opsegu pokrića koji je osiguranik potreban uzimajući u obzir njegova dob, spol, bonus, malus, tablice smrtnosti i bolesti te trajanje samog ugovora. Prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju osiguravatelj je obvezan „sklopiti ugovor o osiguranju sa svakom osiguranom osobom Zavoda koja se želi osigurati za prava iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja po programima osiguravatelja i za sve osiguranike osigurati jednaka prava i obveze iz dodatnoga zdravstvenog osiguranja po pojedinom programu osiguravatelja.“¹⁶ Tim istim zakonom su propisane i zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja imaju zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni djelatnici kod kojih osiguranik ostvaruje svoja prava iz potpisanog ugovora sa osiguravateljem. Dodatno zdravstveno osiguranje služi kako bi pružila višu razinu osiguranja zdravstvene zaštite međutim svaki je ugovor po sebi različiti s obzirom da su i sami osiguranici različiti. Ugovor u većini slučajeva uključuje sistematske preglede i specijalističke preglede. Sama svrha imati dodatno zdravstveno osiguranje je da osiguranik može brže doći na red za traženi pregled ili uslugu.

Privatno zdravstveno osiguranje se također ugovara samo u privatnim osiguravajućim kućama temeljem ugovora između osiguranika i osiguravatelja. Kao i u dodatnom zdravstvenom osiguranju cijena i opseg samog osiguranja ovisi o osiguraniku i njegovoj dobi, spolu, bonusu, malusu, tablicama smrtnosti i bolesti te o trajanju samog ugovora. Kod privatnog osiguranja svim osiguranicima osiguravatelj mora osigurati jednaka prava i obveze u osiguranju. Privatnu vrstu osiguranja u većini koriste osobe koje se prema Zakonu o obveznom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca nisu dužne osigurati u državnom obveznom zdravstvenom osiguranju.

¹⁶ Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, čl. 20. st.1.

3.2. Financiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Saveznoj Republici Njemačkoj

Savezna Republika Njemačka je vrsta socijalne države kao i Republika Hrvatska. Zapravo sami temelji moderne socijalne zemlje su potekli iz Njemačke kada su 1880-ih nastali prvi zakoni o socijalnom osiguranju čiji je začetnik Otto von Bismarck po kojem je i nazvan način financiranja zdravstvenog sustava, Bismarckov model¹⁷. U Njemačkoj je 1883. godine donesen prvi zakon o zdravstvenom osiguranju, 1884. godine zakon o osiguranju od nesreće na poslu o 1889. godine zakon o mirovinskom i invalidskom osiguranju¹⁸. Naravno, u Saveznoj Republici Njemačkoj u današnje doba se koristi Bismarckov model financiranja zdravstvenog sustava. Odnosno potrebe državnog zdravstvenog sustava se financiraju iz doprinosa. Zakonsko zdravstveno osiguranje ili „gesetzliche Krankenversicherung“ (GKV) financira se iz doprinosa i federalnih subvencija. Doprinosi se temelje na postotku dohotka koji podliježe doprinosima.¹⁹

Svaki građanin Savezne Republike Njemačke se mora registrirati u jednoj od osiguravajućih kuća koje nude zakonsko zdravstveno osiguranje odnosno „gesetzliche Krankenversicherung“ (GKV). Postoji i druga vrsta osiguranja, a to je privatno osiguranje ili „privat Krankenversicherung“ (PKV). Zakonsko zdravstveno osiguranje ili „gesetzliche Krankenversicherung“ djeluje po principu solidarnosti.

3.2.1. Zakonsko zdravstveno osiguranje

U Njemačkoj zdravstveno osiguranje ne jamči isključivo Vlada Republike Njemačke, nego vrijedi načelo samouprave. Država postavlja pravni okvir, a sami pružatelji zdravstvenih usluga dužni su se sami organizirati osiguranje zdravstvene skrbi na njihovu vlastitu odgovornost. Samoupravne institucije uključuju:²⁰ društva za javno zdravstveno osiguranje, udruženja liječnika obveznog zdravstvenog osiguranja i udruženja stomatologa obveznog zdravstvenog osiguranja. Te institucije predstavljaju suverena tijela javnog prava Republike Njemačke. Upravno vijeće je samoupravno tijelo društva za javno zdravstveno osiguranje. Čine ga dobrovoljni predstavnici koje izabiru članovi i poslodavci na društvenim izborima svakih šest godina. Zadaci Upravnog vijeća su da donosi odluke o statutu i nadzire stalnozaposlene članove

¹⁷ Puljiz, Vlado. Bismarckove socijalne reforme. Revija za socijalnu politiku, Zagreb 1995. str. 243-247

¹⁸ Ibidem, str. 243-247

¹⁹ Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html>, (pristupljeno 01.04.2024.)

²⁰ Gesetzliche Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv> (pristupljeno 29.04.2024.)

uprave čija odgovornost je obavljanje svakodnevnih administrativnih poslova društva za zdravstveno osiguranje. Udruženja liječnika i stomatologa odgovorna su za područja unutar Savezne Republike Njemačke te predstavljaju liječnike koji imaju odobrenje za liječenje pacijenata unutar sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. Sav rad reguliran je od strane predstavničke skupštine koju biraju ugovorni liječnici. Društvo za zdravstveno osiguranje, udruženja liječnika i stomatologa obveznog zdravstvenog osiguranja obavezni su redovno obavještavati svoje članove o tome kako se njihova dobivena sredstva koriste. Sve tri navedene institucije čine nacionalna operativna tijela prema javnom pravu:²¹ Nacionalna udruga fondova zdravstvenog osiguranja (GKV -Spitzenverband), Nacionalna udruga liječnika obveznog zdravstvenog osiguranja (KBV) i Nacionalna udruga stomatologa obveznog zdravstvenog osiguranja (KZBV). Osim te tri institucije postoji i Njemačka bolnička udruga (DKG) koja je organizirana prema privatnom pravu te predstavlja na državnoj razini udruženje svih državnih bolničkih poduzeća i sponzorskih udruga bolnica.

Federalni zajednički odbor (G-BA) predstavlja najvažnije i najviše tijelo odlučivanja za zajedničku samoupravu u zdravstvenom sustavu. Sastavljen je od predstavnika medicinske struke (Nacionalne udruge liječnika obveznog zdravstvenog osiguranja (KBV) i Nacionalne udruge stomatologa obveznog zdravstvenog osiguranja (KZBV)), bolnica (Njemačka bolnička udruga (DKG)), i zdravstvenih osiguravajućih društava (GKV-Spitzenverband), uz tri nepristrana člana. Kako bi se osigurali interesi pacijenata, kroničnih bolesnika i osoba s invaliditetom, predstavnici upravo tih skupina imaju pravo na državnoj razini savjetovati se i podnijeti svoje prijedloge. Federalni zajednički odbor (G-BA) je glavno tijelo koje donosi odluke o tome koje će usluge biti pokrivene od strane zakonskog zdravstvenog osiguranja (GKV). Prilikom donošenja odluka vezano uz zakonsko zdravstveno osiguranje Federalni zajednički odbor uz konzultacije sa predstavnicima odbora razmatra medicinska stanja, terapijske i dijagnostičke prednosti, medicinsku potrebu te samu isplativost pruženih usluga. Njihova zadaća je primarno upravljanje kvalitetom i osiguranja kvalitete zdravstvene skrbi. Nakon razmatranja svega navedenog Federalni zajednički odbor izdati će pravno obvezujuće smjernice za sve osigurane osobe, osiguravajuća društva/kuće, udruženja liječnika i stomatologa te sve preostale učesnike u pružanju zdravstvene skrbi.

²¹ Gesetzliche Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv> (pristupljeno 29.04.2024.)

Tablica 4. Stope doprinosa i ograničenja za utvrđivanje doprinosa za 2024. godinu

Skupina osiguranika	Stopa doprinosa
Opća stopa doprinosa (pravo na bolovanje od 43. dana)	14,6 posto
Smanjena stopa doprinosa (bez prava na bolovanje)	14 posto
Stopa doprinosa iz isplata mirovina	14,6 posto
Prosječna dodatna stopa doprinosa	1,7 posto
Ograničenje procjene doprinosa (mjesec)	5.175 eura
Ograničenje procjene doprinosa (godina)	62.100 eura

Izvor: Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html> (pristupljeno 01.04.2024.)

Doprinosi se uplaćuju prema financijskim mogućnostima osoba, a same zdravstvene usluge su jednake za sve. Ukoliko je osiguranik zaposlen i zarađuje manje od 5.175 eura mjesečno odnosno 62.100 eura godišnje (od 2024. godine) obavezan je imati zakonsko zdravstveno osiguranje. Opća stopa doprinosa iznosi 14,6 posto dohotka na koji se plaćaju doprinosi, pola toga iznosa plaćaju zaposlenici i umirovljenici, a drugu polovicu njihov poslodavac odnosno nositelj mirovinskog osiguranja. Ukoliko je osiguranik samozaposlena osoba cijeli postotak od 14,6 posto plaća sam. Snižena stopa doprinosa iznosi 14 posto dohotka na koji se plaćaju doprinosi, taj postotak se odnosi na osiguranike koji nemaju pravo na naknadu za bolovanje. Prosječna dodatna stopa doprinosa iznosi 1,7 posto te nju plaćaju osobe s niskim primanjima, pripravnici koji imaju plaću do 325 eura te pripravnici u ustanovama namijenjenima za skrb za mlade i primatelje građanskih naknada. Osobama koje primaju socijalnu pomoć zakonsko zdravstveno osiguranje plaća njihov nadležni ured za zdravstveno osiguranje. Djeca koja su osigurana preko roditelja, supružnici koji su osigurani preko supružnika i životni partneri ne plaćaju doprinose za zdravstveno osiguranje.

3.2.2. Prava osiguranih osoba u zakonskom zdravstvenom osiguranju

Prema podacima godišnjeg izvještaja koje je izrađeno od strane zdravstvenih osiguravajućih društava (GKV-Spitzenverband) 74,3 milijuna ljudi je osigurano zakonskim zdravstvenim osiguranjem. Besplatno zakonsko zdravstveno osiguranje kao članovi obitelji i djeca ostvaruje 15,9 milijuna osoba.

Svaka osigurana osoba ima pravo na jednak opseg usluga zdravstvenog osiguranja te zajamčenu zdravstvenu zaštitu. U osnovu skupinu zdravstvene zaštite spadaju usluge prevencije i liječenja bolesti, zdravstvene usluge povezane uz kontracepciju, zdravstvene usluge povezane uz pobačaj, standardna cijepljenja te zdravstvene usluge povezane uz rano otkrivanje bolesti.

Iako se ponuda razlikuje pri svakoj osiguravajućoj kući postoje zakonski obvezne usluge koje nudi svaka osiguravajuća kuća.²² Osiguranici imaju slobodu izabrati svojeg obiteljskog liječnika ili specijalistu pod uvjetom da je taj liječnik zaposlen unutar društava koja rade unutar zakonskog zdravstvenog osiguranja. Što se tiče bolnice osiguranik izuzevši osiguranike koji su mlađi od osamnaest godina mora plaćati vlastiti dio smještaja koji iznosi deset eura po danu najviše dvadeset osam dana godišnje. U bolnici će osiguraniku biti pružene usluge opće njege te će biti smješten unutar sobe koju dijeli sa ostalim pacijentima. Većina lijekova koji su propisani od strane izabranog obiteljskog liječnika biti će pokriveno od strane osiguravajućeg društva, međutim oni koji nisu pokriveni imaju participaciju od 10% što znači da će participacija iznositi najmanje pet eura odnosno najviše 10 eura po pakiranju. Osigurane osobe mlađe od 18 godina su oslobođene plaćanja participacije za lijekove. Cjelokupna godišnja davanja za lijekove ne bi smjela iznositi više od dva posto bruto primanja za osiguranike, dok za osiguranike koji su kronični bolesnici to iznosi jedan posto bruto primanja. Preporučeni pregledi radi prevencije od raka plaćaju se od navršene dvadesete godine za žene i od trideset i pete godine za muškarce. Pregledi kod stomatologa su plaćeni od strane zdravstvenog osiguranja dok za zubne proteze postoje fiksne subvencije, iznosi tih fiksnih subvencija ovisi o samoj dijagnozi i nalazima. U većini slučajeva iznos fiksne subvencije iznosi 60% ukupnog iznosa terapije, postoji mogućnost subvencija većeg postotka za one koji idu redovno na preglede. Ortodontske usluge se plaćaju samo za mlađe od 18 godina. Troškovi putovanja su pokriveni jedino u slučaju da su putovanja nužna te obavljena iz zdravstvenih razloga poput putovanja na bolničko liječenje, pod posebnim uvjetima i izvanbolnička liječenja poput radioterapija, kemoterapija te dijalize. Također, osobama sa teškim invaliditetom plaćeni su troškovi putovanja na izvanbolničko liječenje ukoliko posjeduju karticu o razini invaliditeta na kojoj je navedeno da postoji teški oblik invaliditeta. Osobe imaju pravo koristiti uslugu ambulantnog liječenja svake 4 godine u maksimalnom trajanju od 3 tjedna ukoliko je razlog za takvim liječenjem sprječavanje prijetjećeg invaliditeta, otklanjanje invaliditeta, sprječavanje pogoršanja invaliditeta te poboljšanje samog stanja invalidnosti. Troškovi ambulantnog liječenja i liječnika su plaćen u potpunosti, a osiguranik može tražiti i subvenciju za smještaj i prehranu. Ukoliko ambulantno liječenje nije dostatno da bi zadovoljilo potrebe osiguranika, osiguranik može tražiti odobrenje stacionarnog liječenja te u tom slučaju se pokriva i smještaj i hrana uz doplatu od deset eura po danu za sve osiguranike starije od osamnaest godina. Ukoliko postavljena dijagnoza osiguranika zahtjeva psihoterapiju pokriven je određen broj

²² Gesetzliche Krankenkassen <https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/leistungen/leistungen.html> (pristupljeno 02.05.2024.)

psihoterapijskih sati koji se provode kod ovlaštenih psihoterapeuta ili liječnika, terapiju osiguranik može zatražiti kod svog pružatelja zdravstvene usluge. Svi osiguranici imaju pravo na zdravstvenu zaštitu prilikom boravka u inozemstvu odnosno u drugim zemljama Europske unije. Sve usluge osim bolničkog liječenja u inozemstvu mogu se iskoristiti odmah bez ikakvog davanja suglasnosti osiguravajućeg društva. Troškovi koje osiguranik stvori u inozemstvu pokrivaju se samo u visini iznosa koje bi osiguranje pokrilo i prilikom obavljanja te usluge u Saveznoj Republici Njemačkoj, opseg usluga ovisi o zakonskim regulativama te države u kojoj se koristi usluga i koje ne moraju nužno odgovarati njemačkim regulativama. Korišteni prijevoz za povratak u Njemačku zbog zdravstvenog stanja neće biti niti potpuno niti djelomično pokriven.

Obveznim osiguranjem u zakonskom zdravstvenom osiguranju obuhvaćene su osobe koje su:²³

- ❖ Zaposlene osobe kojima plaća iz radnog odnosa je iznad granice graničnog dohotka odnosno 538 eura mjesečno, ali ujedno i ne prelazi godišnji limit plaće od 62.100 eura
- ❖ Primatelji naknade za nezaposlene osobe ili primatelji naknade za uzdržavanje prema Trećoj knjizi socijalnog zakonika Njemačke i pod određenim uvjetima
- ❖ Vježbenici i studenti pod određenim uvjetima te pripravnici koji obavljaju pripravnički rad bez naknade propisane Pravilnikom o studiju
- ❖ Umirovljenici
- ❖ Primatelji mirovina za siročad ili odgovarajuće obiteljske nakade
- ❖ Poljoprivrednici i šumarski poduzetnici i članovi njihovih obitelji te umirovljenici koji rade u poljoprivredi
- ❖ Osobe sa utvrđenim invaliditetom
- ❖ Umjetnici i publicisti
- ❖ Osobe bez ikakvog drugog načina za stjecanje prava na osiguranja u slučaju bolesti koje su unazad bile osigurane zakonskim zdravstvenim osiguranjem ili su uključene u zakonsko zdravstveno osiguranje

Postoji i obiteljsko osiguranje za svu djecu, supružnike i registrirane životne partnere pod uvjetom da imaju boravište ili prebivalište u Saveznoj Republici Njemačkoj te njihov ukupni redovni prihod koji ne prelazi određenu granicu. Preduvjet za ostvarivanje prava na obiteljsko osiguranje je da srodnici nisu inače obveznici osiguranja, da nisu osigurani ili da su izuzeti od obveznog osiguranja. Nakon što obiteljsko osiguranje završi, osiguranje se može nastaviti

²³ Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html> (pristupljeno 02.05.2024.)

putem vlastitog dobrovoljnog odnosno privatnog osiguranja. Obiteljsko osiguranje koje pokriva zdravstveno osiguranje djeteta neće biti moguće ostvariti ukoliko supružnik ili životni partner koji je u srodstvu s djetetom nije zakonski osiguran, a redoviti ukupni prihod supružnika ili životnog partnera premašuje mjesečni limit obveznog osiguranja i redovito je viši od zakonski osiguranog bračnog ili životnog partnera. Djeca su u principu osigurana preko obiteljskog osiguranja do navršene osamnaeste godine života, a ukoliko nisu zaposlena to osiguranje onda traje dok dijete ne navrši dvadeset i tri godine života. U slučaju da se dijete ili školuje ili je na stručnom osposobljavanju ili obavlja neku vrstu dobrovoljne službe pri institucijama Savezna volonterska služba – BFD, Dobrovoljna socijalna godina – FSJ ili Dobrovoljna ekološka godina – FÖJ obiteljsko osiguranje djeteta tada traje dok ne navrši dvadeset i pet godina života. Ako je neka od prethodno nabrojanih školovanja, stručnih osposobljavanja ili obavljanja dobrovoljne službe prekinuta ili odgođena kako bi dijete odslužilo dobrovoljnog služenja vojnog roka vremenski rok za istek obiteljskog osiguranja produžuje se za 12 mjeseci nakon djetetove navršene dvadeset i pete godine života. Ukoliko kod djeteta postoji vrsta invaliditeta (tjelesno, mentalno ili emocionalno oštećenje) zbog kojeg se ne može samostalno uzdržavati u tom slučaju obiteljsko osiguranje nema dobnu granicu te samim time traje za cijelog života djeteta pod uvjetom da je invaliditet postojao u vrijeme kada je postojalo i obiteljsko osiguranje.

3.2.3. Osiguravajuća društva zakonskog zdravstvenog osiguranja

U Saveznoj Republici Njemačkoj postoje nekoliko vrsta osiguranja te puno osiguravajućih kuća koje imaju uslugu pružanja osnovnog zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite. Same razlike između osiguravajućih društva se nalaze u raznim opcijama paketa usluga i samih mogućnosti koje se nude osiguranicima. U nekim slučajevima poduzeća sklope ugovore sa nekim od osiguravajućih društva koja onda njihovim zaposlenicima i njihovim članovima obitelji pružaju veći i bolji opseg samih usluga zdravstvenog osiguranja.

Šest najvažnijih i najrasprostranjenijih osiguravajućih društva su:²⁴

- ❖ Ersatzkassen (EK) und Knappschaft – zamjenska zdravstvena osiguranja
- ❖ Innungskrankenkassen (IKK) – cehovska zdravstvena osiguranja
- ❖ Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) – opća lokalna zdravstvena osiguranja
- ❖ Betriebskrankenkassen (BKK) – zdravstvena osiguranja trgovačkih društava
- ❖ Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) – poljoprivredno zdravstveno osiguranje

²⁴ Liste: Gesetzliche Krankenkassen, <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkassen-liste/>, (pristupljeno 05.05.2024.)

❖ Betriebsbezogene Krankenkassen – zdravstvena osiguranja vezana uz trgovačko društvo

Ersatzkassen (EK) ili zamjensko zdravstveno osiguranje su vrsta zdravstveno osiguravajućih kuća koja je prvotno osnovana kao privatna vrsta osiguravajućih kuća koje su osiguranike osiguravale prema profesionalnim grupama u koje pripadaju međutim kasnije je pretvorena u osiguravajuće kuće zakonskog zdravstvenog osiguranja (GKV- gesetzliche Krankenversicherung) i samim time izjednačena je sa ostalim osiguravajućim kućama u tom sustavu. Osiguranici se u ovim osiguravajućim kućama mogu osigurati samovoljno bez obzira na status zaposlenja.

Knappschaft ili zamjensko zdravstveno osiguranje je specijalizirana zdravstveno osiguravajuća kuća koja je potekla iz potreba rudarske industrije. Prvotno je imala namjenu korištenja usluga samo od strane rudara i djelatnika rudarsko povezanih djelatnosti. Međutim kao i Ersatzkassen (EK) danas je otvorena za zaposlene osiguranike koji se žele osigurati baš u toj osiguravajućoj kući. Osim pružanja usluga zakonskog zdravstvenog osiguranja ova osiguravajuća kuća pruža i usluge mirovinskog osiguranja te druge vrste socijalnih osiguranja. Innungskrankenkassen (IKK) ili cehovska zdravstvena osiguranja su osiguranja koja su prvotno osnovana za pružanje zdravstvenog osiguranja osobama koje su članovi obrtničkih komora u to uključujući i obrtnike i njihove zaposlenike. Danas je ova vrsta zdravstvenog osiguranja i dalje povezana sa obrtničkim sektorom, ali je ujedno i otvorena za sve osiguranike bez obzira na status zaposlenja, ali pod uvjetom mjesta boravišta ili prebivališta te pokrajine te svaki taj ured nudi svoju vrstu paketa za zakonsko zdravstveno osiguranje. Čak neki uredi imaju posebne pakete i pogodnosti za osiguranike koji su obrtnici, njihove obitelji te njihove djelatnike.

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) ili opća lokalna zdravstvena osiguranja su jedna od najvećih i najstarijih zdravstvenih osiguravajućih kuća u Njemačkoj. Sastoji se od zdravstvenih osiguravajućih društava koja su raspoređena po regijama Njemačke te koja djeluju lokalno i pružaju osnovnu zdravstvenu zaštitu i zakonsko zdravstveno osiguranje svojim osiguranicima. Pošto je dio zakonskog zdravstvenog osiguranja (GKV- gesetzliche Krankenversicherung) u ponudi ima široki raspon usluga u koje se uključuju usluge kao naprimjer preventivnu skrb, liječenje bolesti, rehabilitaciju i razne zdravstvene programe. Ova zdravstvena osiguravajuća kuća je najpoznatija po svojoj sveobuhvatnoj mreži zdravstvenih usluga i podršci koju pruža svojim ugovornim osiguranicima. U Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) se može upisati osiguranici bez obzira na njihov status zaposlenja. Sve osobe koje se odluče postati osiguranici unutar ovog sustava osiguravajućih kuća to čine samovoljno birajući između ponuđenih paketa

društva. Sama lokacija regionalne poslovnice za osiguranika je izabrana prema njegovom mjestu boravka ili prebivališta te pokrajine.

Betriebskrankenkassen (BKK) ili zdravstvena osiguranja trgovačkih društava su prvotno osnovana kao osiguravajuća društva pojedinačnih poduzeća ili grupacije te su za svrhu imale osiguravanje zdravstvene zaštite svojih zaposlenika. U današnje vrijeme osiguravajuće kuće su organizirane za osiguranje poduzeća, grupacije i/ili za sve ostale osiguranike bez obzira na status zaposlenja. Ova vrsta osiguravajućih kuća pruža široki spektar usluga koje su često i prilagođene potrebama zaposlenika poduzeća ili grupacije koje ga je i osnovalo.

Betriebsbezogene Krankenkassen ili zdravstvena osiguranja vezana uz trgovačko društvo je oblik dodatnog zakonsko zdravstvenog osiguranja koje ugovara poduzeće za svoje djelatnike. Unutar ove vrste osiguranja nalaze se ponude koje imaju puno veći opseg od drugih ponuda zakonskog zdravstvenog osiguranja. Ovim osiguranjem poduzeća žele osigurati svoje zaposlenike kako bi oni bili što sretniji i zadovoljniji pošto je svakom zaposleniku njegovo zdravstveno stanje važno te u vrijeme kada je deficit kvalitetnih radnika ovo je samo jedan od načina na koji njemački poslodavci žele privući i zadržati kvalitetno osoblje. Ova vrsta osiguranja pruža zaštitu na razini privatnih osiguranja. Također zaposlenici imaju mogućnosti osigurati i svoje članove obitelji preko svoje police osiguranja.

Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) ili poljoprivredno zdravstveno osiguranje je jedan od osiguravajućih kuća u zakonskom zdravstvenom osiguranju koji je namijenjen da pruža zdravstvenu zaštitu i osiguranje poljoprivrednicima, šumarima, vrtlarima te njihovim obiteljima i zaposlenicima. Paketi unutar ove osiguravajuće kuće su posebno osmišljena kako bi ispunila sve potrebe ovih sektora uzimajući u obzir sigurnosne rizike te posebne zdravstvene potrebe osoba koje rade u tim sektorima. Također nudi posebne programe prevencije i edukacije koje imaju za cilj očuvati zdravlje osiguranika i upozoriti na sve moguće opasnosti kako bi se sigurnost stavila na prvo mjesto.

3.2.4. Privatno zdravstveno osiguranje

Privatno zdravstveno osiguranje odnosno „private krankenversicherung“ (PKV) u Saveznoj Republici Njemačkoj je samostalna vrsta zdravstvenog osiguranja koja predstavlja alternativnu opciju zakonskom zdravstvenom osiguranju. Nešto više od 10% stanovnika u Njemačkoj ima privatno zdravstveno osiguranje.²⁵ Privatno zdravstveno osiguranje mogu ugovoriti samo

²⁵ Private Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> (pristupljeno 20.05.2024.)

određene skupine osoba:²⁶ osobe koje nisu obvezni biti osigurani pri zakonskom zdravstvenom osiguranju, samozaposlene osobe, zaposlene osobe, državni službenici i namještenici koji imaju primanja iznad granice koja je utvrđena za zakonsko zdravstveno osiguranje. Visina premije koju osiguranici plaćaju za privatno zdravstveno osiguranje ovisi o opsegu usluga, dobi, spolu te zdravstvenom stanju osiguranika u kojem se osiguranik nalazi pri ulazu u sustav korištenja privatnog zdravstvenog osiguranja i može li se opseg potrebne zdravstvene zaštite povećati tokom vremena, sve se to utvrđuje temeljem zdravstvenog pregleda koji se obavlja prije sklapanja ugovora. Osiguranik može biti odbijen zbog povijesti bolesti ili zbog starosti. U slučaju da osiguranik ima privatno zdravstveno osiguranje ono se koristi na način da osiguranik sam plaća troškove zdravstvenog osiguranja, zaštite i usluga koje je koristio te onda dostavlja sve račune svojem pružatelju privatnog osiguranja koje izvršava povrat plaćenih sredstava. Osiguranik kada mu se ponudi određeni paket usluga može ugovoriti još neke dodatne usluge ili odustati od nekih usluga koje su ponuđene. Pružatelji privatnog osiguranja mogu pod određenim uvjetima prilagoditi premiju koju plaća osiguranik. To se odnosi na situacije u kojima stvarno pružene usluge se značajno i trajno razlikuju od onih koje su predviđene prilikom obračuna premije. Ukoliko se takva situacija dogodi neovisni povjerenik mora potvrditi da je prilagodba premije izvršena u skladu sa svim zakonskim regulativama kako se ne bi oštetilo ni osiguranika ni osiguravatelja. U posljednjih par godina je primijećeno povećanje iznosa premija u privatnom zdravstvenom osiguranju se pripisuje velikim napredcima u medicini te duljim prosječnim životnim vijekom. Dio premije koji osiguranici dok su mlađi plaćaju a nije im potreban za vrijeme mladosti namijenjen je za osiguravanje rezerva za pokrivanje potreba zdravstvenog osiguranja i zaštite koje proizlaze iz bolesti u kasnijim godinama kako bi se pokrili viši iznosi medicinskih troškova. Ukoliko se dogodi da osiguranik odluči promijeniti vrstu premije unutar svojeg osiguravajućeg društva privatnog zdravstvenog osiguranja cjelokupna starosna rezerva se prenosi u tu novu premiju odnosno osiguranik ne gubi novac koji je upućivao ka toj rezervi. Ukoliko osiguranik želi promijeniti kompletno osiguravajuće društvo privatnog zdravstvenog osiguranja osiguranik može svoju ukupnu starosnu rezervu prenijeti u to novo osiguravajuće društvo pod uvjetom da je polica sklopljena nakon 01. siječnja 2009. godine. Ukoliko je taj uvjet ispunjen prethodno osiguravajuće društvo mora prenijeti svu do tad uplaćenu starosnu rezervu koja je dio osiguranja koje odgovara osnovnoj tarifi. Prijenos se obavlja bez obzira na to da li osiguranik u novom osiguravajućem društvu prelazi na osnovnu ili neku drugu tarifu.

²⁶ Private Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> (pristupljeno 20.05.2024.)

Osnovna tarifa privatnog zdravstvenog osiguranja je tarifa koja je zakonski određena i koja postoji u ponudi svih osiguravajućih društava privatnog zdravstvenog osiguranja. Sve osobe koje ispunjavaju prethodno navedene uvjete ne mogu biti odbijeni od strane osiguravajućih društava vezano uz ugovaranje osnovne tarife. Dodatno plaćanje naknada za rizik na premiju ili isključivanje nekih pogodnosti zbog povećanja zdravstvenih rizika nije dozvoljeno. Samo liječenje osiguranika koji imaju ugovorenu osnovnu tarifu provode Zajednica obveznog zdravstvenog osiguranja i Jamstvo stomatoloških udruga zakonskog zdravstvenog osiguranja. Osobe koje mogu ugovoriti osiguranje po osnovnoj tarifu privatnog zdravstvenog osiguranja su:²⁷

- ❖ sve osobe s prebivalištem u Saveznoj Republici Njemačkoj koje su sklopile ugovor o PKV osiguranju od 1. siječnja 2009.
- ❖ pojedinci s privatnim zdravstvenim osiguranjem i prebivalištem u Saveznoj Republici Njemačkoj koji su navršili 55 godina ili još nisu navršili 55 godina, ali ispunjavaju uvjete za stjecanje prava na mirovinu iz zakonskog mirovinskog osiguranja i podnijeli su zahtjev za tu mirovinu ili mirovinu u skladu sa Zakonom o državnoj službi ili sličnim propisima ili im je potrebna pomoć prema drugoj ili dvanaestoj knjizi Zakona o socijalnom osiguranju
- ❖ osobe s prebivalištem u Saveznoj Republici Njemačkoj bez osiguranja koje su prethodno bile osigurane prema privatnom zdravstvenom osiguranju ili koje su dodijeljene privatnom zdravstvenom osiguranju
- ❖ Dobrovoljni članovi zakonskog zdravstvenog osiguranja koji u roku od šest mjeseci od početka važenja imaju mogućnost prelaska na privatno zdravstveno osiguranje i kvalificirane osobe koje imaju pravo na pomoć s prebivalištem u Saveznoj Republici Njemačkoj za dopunu prava na pomoć.

Doprinos za privatno zdravstveno osiguranje za osnovnu tarifu je ograničen na trenutni maksimalni iznos zakonskog zdravstvenog osiguranja koji od 01. siječnja 2024. iznosi 843,52 eura. Zakonom je predviđeno da se maksimalni doprinos za osnovnu tarifu svake godine preračunava u skladu sa trenutnim maksimalnim doprinosom zakonskog zdravstvenog osiguranja i prosječne dodatne stope doprinosa zdravstvenih osiguravajućih društava. U slučaju da osiguraniku je potrebna pomoć ili pomoć pri plaćanju doprinosa u osnovnoj tarifi iznos doprinosa će se smanjiti za pola. Ako osiguranici privatnog zdravstvenog osiguranja prijeđu na osnovnu tarifu zbog potrebe za socijalnom pomoći i ta potreba prestane u roku od dvije godine

²⁷ Private Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> (pristupljeno 20.05.2024.)

od dana promjene imaju pravo vratiti se na prethodnu tarifu pritom uzimajući u obzir ranije stečena prava i odredbe o dobi i bez novog zdravstvenog pregleda. Osnovne tarife mogu biti podložne i subvencijama za osiguranike koji ispunjavaju potrebne uvjete. U privatnom zdravstvenom osiguranju premije se izračunavaju neovisno o visini prihoda. Što znači da premija ostaje ista čak i ako se prihodi smanje. Ukoliko plaćanje premije privatnog zdravstvenog osiguranja postane značajan financijski teret, postoje razne opcije kako bi se smanjila premija. Ako je potrebna pomoć prema socijalnom pravu, državni sustavi mogu intervenirati i pružiti financijsku podršku. Državna potpora nije ograničena na socijalne tarife, poput osnovne ili standardne tarife. Država također može subvencionirati trenutnu tarifu privatnog zdravstvenog osiguranja. Maksimalna subvencija ili doprinos koji se uzima u obzir prilikom procjene potrebe ograničen je na iznos polovice doprinosa u osnovnoj tarifi odnosno od 01. siječnja 2024. u iznosu od 421,76 eura²⁸. Osiguranici kojima se poveća doprinos pri privatnom zdravstvenom osiguranju imaju različite načine na raspolaganju za smanjenje tih rastućih premija. Jedna od mogućnosti je prelazak na drugu tarifu unutar istog osiguravajućeg društva, koja nudi slične uvjete pokriva koje je osiguranik imao i do sada. Takva promjena može smanjiti troškove premije što i je cilj međutim mijenja se i obujam usluga koje osiguranik prima unutar ugovorene premije. Tijekom procesa promjene tarife osiguravajuće društvo je obavezno savjetovati svojeg osiguranika o svim koracima. "Smjernice privatnog zdravstvenog osiguranja za transparentnu i korisniku usmjerenu promjenu tarifa" koje je objavila Udruga privatnih zdravstvenih osiguravatelja dizajnirane su upravo kako bi olakšale taj proces i osiguravateljima i osiguranicima. U ovoj inicijativi sudjeluje 24 privatna zdravstvena osiguravajuća društva.

3.3. Financiranje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Američkim Državama

Za razliku od Republike Hrvatske i Savezne Republike Njemačke Sjedinjene Američke Države što se tiče zdravstvenog osiguranja nije socijalna država. Način na koji se financira zdravstveno osiguranje u Sjedinjenim Američkim Državama zove se tržišni model. U tržišnom modelu naglasak je na samom tržištu, privatnim osiguranjima i osiguranjem od rizika. Odnosno

²⁸ Private Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> (pristupljeno 13.06.2024.)

osiguranici su dužni sami sebi plaćati premiju zdravstvenog osiguranja kod izabranog osiguravajućeg društva te zauzvrat dobivaju zdravstvenu zaštitu, ali samo u granicama ugovorenog pokrića u ugovornom trajanju. Ovaj model ima prednosti poput poticanje kvalitete i učinkovitosti te pružanje slobode izbora za osiguranike. Međutim nedostaci ovakvog modela financiranja su nejednakosti usluga, upitna kvaliteta i segregacija rizika. Pod tržišnim modelom postoji oblik pod nazivom osobni račun medicinske štednje. Osobni račun medicinske štednje je račun na koji osiguranici obavezno ili dobrovoljno uplaćuju štednju za korištenje zdravstvene zaštite u većini slučajeva osiguranici odrede postotak plaće koji će uplaćivati u taj osobni račun. Nedostaci osobnog računa medicinske štednje su složena administracija, makroekonomska neučinkovitost, ukidanje solidarnog podnošenja rizika te nepravednost. Jedan od načina financiranja zdravstvenih troškova unutar tržišnog modela je izravno plaćanje zdravstvene zaštite odnosno kada osiguranici plaćaju iz „džepa“. Ovaj način uključuje izravno plaćanje pune cijene usluga u privatnom sektoru, formalno sudjelovanje građana osiguranika (kao naprimjer participacija, suosiguranje, franšiza) te neformalno dodatno privatno plaćanje usluga u javnom sektoru.

3.3.1. Povijest nastanka zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav SAD-a prošao je značajnu transformaciju od 1750. godine do 2000. godine. Razvio se iz jednostavnog sustava kućno izrađenih lijekova i putujućih liječnika s minimalnom obukom u složen, znanstveni, tehnološki i birokratski sustav poznat kao kompleks medicinske industrije. Taj kompleks temelji se na medicinskoj znanosti, tehnologiji i autoritetu profesionalaca. 1765. godine Sveučilište u Pennsylvaniji otvorilo je prvi medicinski fakultet, a Massachusetts Medical Society današnji izdavači časopisa New England Journal of Medicine koji je osnovan 1781. godine tražilo je da liječnici imaju licence. Medicinske škole često su osnivali liječnici koji su željeli unaprijediti medicinu u Sjedinjenim Američkim Državama i podići liječničku profesiju na visoki status koji je do tada postojao samo u Europi i Engleskoj. Kroz znanstveno usavršavanje, liječnici su stekli veći autoritet i bavili se medicinom kao mali poduzetnici, naplaćujući svoje usluge. Do 19. stoljeća, medicinska skrb u Sjedinjenim Američkim Državama odvijala se unutar obitelji. Žene su bile odgovorne za njegu bolesnih članova obitelji, a liječnici pozivali samo u slučaju ozbiljnih i životno ugrožavajućih bolesti. Međutim kako je vrijeme odmicalo liječnici su postajali sve kvalificiraniji stoga su se u 19. stoljeću počele graditi bolnice od strane vlade koje prvo bile namijenjene za siromašne, a zatim i za one sa malo boljim statusom. Doktori koji su do tad stekli već neki status i naziv prestali

su dolaziti pacijentima kući nego su pacijenti počeli dolaziti k njima u bolnice te za razliku od prenatrpanih prostorija sa bolesnim pacijentima koje su imale europske bolnice u Americi su se pacijenti liječili u manjim, privatnim sobama. 1846. godine osnovana je prva profesionalna zdravstvena organizacija pod nazivom American Medical Association (AMA) kao rezultat napora liječnika kako bi osnovali jedinstvenu profesionalnu organizaciju. Početkom 20. stoljeća osnovane su razne zdravstvene udruge, a poslodavci i radničke unije počele su nuditi plaćenu zdravstvenu zaštitu za radnike. Nacionalno zdravstveno osiguranje koje je u to vrijeme bilo popularno u Europi u Sjedinjenim Američkim Državama se povezivalo sa socijalizmom i iz tog razloga nije nikada steklo popularnost te se kao rezultat takvog mišljenja razvilo se privatno zdravstveno osiguranje. Iako je prije Prvog svjetskog rata postojao koncept privatnog zdravstvenog osiguranja tek nakon Prvog svjetskog rata 1920.-ih osnovana je prva velika kompanija za zdravstveno osiguranje pod nazivom Blue Cross. 1960-ih godina stvorila se potreba za rješanjem zdravstvene zaštite za one koje si ne mogu priuštiti privatno zdravstveno osiguranje te su uvedeni socijalni programi Medicare za starije osobe i Medicaid za siromašne, uz razne druge zdravstvene programe i institucije koji su prethodili. U 1980-im i 1990-im godinama jačaju Organizacije za održavanje zdravlja (Health Maintenance Organizations - HMOs) koje pružaju zdravstvene usluge u fiksnu godišnju naknadu te se tim potezom liječnicima koji su dotada naplaćivali svoje usluge po usluzi oduzima kontrola. Tijekom 1990-ih raste interes za alternativnu medicinu, poput akupunktura, biljnih pripravaka i vitaminskih terapija, što se može smatrati reakcijom protiv kompleksa medicinske industrije. Tehnologija 21. stoljeća obećava daljnje promjene u prirodi, složenosti i troškovima zdravstvene skrbi. S porastom znanja o genetskim osnovama bolesti, zdravstveni sustav će sve više koristiti genske terapije i razvijati metode za sprječavanje bolesti uzrokovanih genetikom. Baš kao što su nove tehnologije, poput rendgenskih zraka, antibiotika, cjepiva i napretka u kirurgiji, društveno i znanstveno transformirale medicinu u početkom i sredinom 20. stoljeća.²⁹

3.3.2. Pružatelji zdravstvenog osiguranja i financiranje zdravstvenog sustava

Sjedinjene Američke Države nemaju jedinstveni sustav zdravstvenog osiguranja niti sustav zdravstvenog osiguranja na razini države za sve svoje državljane. Vlada Sjedinjenih Američkih Država pruža mogućnost za socijalnim zdravstvenim osiguranjem ali samo za određene skupine. Ostali državljani su primorani svoje osiguranje ostvariti putem osiguravatelja

²⁹ Fillmore, Randolph „The Evolution of the U.S. Healthcare System“ Farmington Hills: The Gale Group, 2009, str. 336-338

privatnog zdravstvenog osiguranja. Sama osiguranja se kupuju preko komercijalnih ili neprofitnih osiguravatelja. Financiranje zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država se može podijeliti na 3 načina plaćanja:³⁰

- ❖ javnog sektora – federalna vlada, država i lokalna vlada
- ❖ privatnog sektora – privatni osiguravatelji i poslodavci
- ❖ osobno potrošač – plaćanje iz vlastitog „džepa“ i samofinanciranje

Unutar javnog sektora financiranje se izvršava iz federalnih izvora za programe poput:³¹ Medicare i Medicaid programa, Zdravstvene administracije veterana, Ministarstvo obrane Sjedinjenih Američkih Država te državnih i lokalnih programa kao naprimjer Medicaid te državne i lokalne bolnice. Unutar privatnog financiranja financiranje se odvija iz vlastitog „džepa“ osiguranika, ka privatnom osiguranju i filantropiji.

Unutar programa javnog zdravstvenog osiguranja u Sjedinjenim Američkim Državama razlikujemo dva tipa glavnih programa Medicaid i Medicare.

Medicare je prvi tip programa javnog zdravstvenog osiguranja osnovan 1965. godine u Sjedinjenim Američkim Državama koji je namijenjen prvenstveno osobama starijim od 65 godina, mlađim osobama s invaliditetom, osobama s end-stage bubrežnom bolesti (ESRD) i osobama oboljelih od amiotrofične lateralne skleroze (ALS). Neke osobe su automatski uključene u sustav Medicare-a dok drugi se moraju samostalno prijaviti u sustav to ovisi o tome da li ta osoba počinje koristiti svoju mirovinu ili benefite svoje invalidnosti prije nego navrš 65 godina. Medicare ima glavni oblik pružanja zdravstvene zaštite koji se naziva Original Medicare, to je osnova na koje se kasnije nadograđuju neka od četiri dijela plana zasebno ili u kombinacijama. Federalna Vlada Sjedinjenih Američkih država upravlja visinom pokrića zdravstvene usluge unutar Original Medicare programa. Unutar Original Medicare iznos plaćanja je fiksno postavljen za pokrivenu uslugu ili artikl. Kada pružatelj zdravstvenih usluga pruži tu uslugu, Medicare plaća svoj dio, a osiguranik plaća svoj dio tog iznosa. Original Medicare je osnovni program te unutar njega nema neke velike pokrivenosti te su iznosi plaćanja za osiguranika dosta visoki. Prvo osiguranik plaća određeni iznos za svoju zdravstvenu skrb (dedukcijski odbici - odnosno iznos koji je osiguranik dužan platiti za zdravstvenu skrb ili recepte prije nego što planovi poput Original Medicare, Medicare Advantage Plan, Medicare plan lijekova ili osiguranikovo drugo osiguranje počne isplaćivati). Nakon što Medicare plati

³⁰ Sadeghi, Sarmad „Integrating quality and strategy in health care organizations“ Jones & Bartlett Publishers, 2013. str. 4

³¹ Sadeghi, Sarmad „Integrating quality and strategy in health care organizations“ Jones & Bartlett Publishers, 2013. str. 4

svoj dio osiguranik je dužan platiti svoj dio suosiguranja ili participacije (odnosno iznos koji će osiguranik morati platiti nakon što plati sav svoj udio u troškovima naknada nakon dedukcijskih odbitaka. Iznos suosiguranja je u postotku koji se određuje sukladno iskorištenoj zdravstvenoj usluzi, dok se participacija izražava u fiksnom iznosu). Ne postoji godišnje ograničenje za ono što je osiguranik dužan platiti iz svog „džepa“. Kako bi iznos plaćanja bio što manji, a pokrivenost što veća osiguranici imaju mogućnost ugovoriti dodatne dijelove Medicare. Medicare se dijeli na četiri dijela:³² Medicare dio A, Medicare dio B, Medicare dio C i Medicare dio D. Medicare dio A (osiguranje u bolnici) je dio osiguranja koji je obavezan te unutar svoje premije ima pokriće za bolnička liječenja, boravak u bolnicama te ograničenu skrb i ustanovama za njegu, kućnu zdravstvenu skrb i hospicij. Ukoliko korisnici plaćaju porez za vrijeme cijelog svog radnog vijeka to omogućuje da sudjeluju u Medicare programu bez plaćanje premije kada navrš 65 godina života. Medicare dio B (medicinsko osiguranje) je dio osiguranja koji je dobrovoljan ili dodatan plan koji unutar svoje premije koja se plaća prema dohotku osiguranika sadrži pokriće za usluge liječnika, ambulantnu skrb, medicinski potrebnu izdržljivu kliničku opremu propisanu od strane Medicare liječnika ili neke druge pružatelja zdravstvenih usluga (kao naprimjer aparata za mjerenje šećera u krvi, trakica za mjerenje šećera u krvi, jednokratne igle za uzimanje uzorka krvi, štapovi za hodanje, štake, aparat za kisik uz dodatnu opremu, bolničke krevete, liftove za nepokretne osobe, invalidska kolica i medicinski motori i sl.), usluge liječnika povezane sa liječenjem mentalnih bolesti ukoliko je osoba primljena u bolnicu, usluge ambulantnog liječenja mentalnih bolesti te limitirani dio lijekova koji se izdaju samo na recept. Medicare dio A i B se uključuju unutar plana osiguranja Original Medicare. Medicare dio C ili još pod nazivom Medicare Advantage je plan zdravstvenog osiguranja koji se plaća te je dizajniran od strane privatnog poduzeća, ali je odobren od strane Medicare. Ovaj plan je alternativa planu Original Medicare vezano uz opseg pokrića zdravstvenih usluga i lijekova. U ovom planu su spojeni Medicare dio A, Medicare dio B i u većini slučajeva Medicare dio D. Unutar ovog plana mogu se ugovoriti i dodatne usluge koje inače Original Medicare ne nudi kao naprimjer zdravstvene usluge povezane uz vid, sluh i stomatologiju. Usluge koje su pružene u ovom planu osiguranik može koristiti samo kod ugovornih liječnika ovog plana. Također Medicare dio C ima manje troškova koje osiguranik mora platiti osobno iz svog „džepa“. Medicare dio D je dio osiguranja koji zahtjeva plaćanje premije, a zauzvrat pruža pokriće troškova lijekova koji se izdaju na recept te je nastao kao rezultat dopune Medicare dijela C. Mnogi osiguranici Medicarea se odlučuju također na kupnju Medigap plana osiguranja.

³² Your Medicare coverage choices, <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/your-medicare-coverage-choices> (pristupljeno 20.05.2024.)

Medigap odnosno Medicare Supplement Insurance je oblik privatnog plana zdravstvenog osiguranja kojeg nude komercijalna osiguravajuća društva, a koji služi za plaćanje troškova zdravstvenih usluga koje Original Medicare ne nadoknađuje u potpunosti. Ovisno o planu koji osiguranik odabere unutra Medigapa troškovi mogu uključivati participacije, suosiguranje, dedukcijske odbitke, usluge koje ne pokriva Original Medicare kao naprimjer putovanje u zemlje koje se nalaze izvan Sjedinjenih Američkih Država.³³

Medicare koristi dva glavna fonda kojima upravlja Ministarstvo financija Sjedinjenih Američkih Država:³⁴

- ❖ Zakladu za bolničko osiguranje (Hospital Insurance Trust Fund)
 - financira se iz: poreza na plaće zaposlenih, poslodavaca i samozaposlenih, porez na dohodak na beneficije socijalnog osiguranja, zarađenih kamata na ulaganjima u zakladu, premija Medicare dio A od ljudi koji ne ispunjavaju uvjete za korištenje Medicare dio A bez plaćanja premija
 - pokriva: usluge Medicare dio A, administraciju programa Medicare kao što su troškovi isplate beneficija, prikupljanje poreza Medicare i borba protiv prijevara i zlouporabe
- ❖ Zakladu za dopunsko zdravstveno osiguranje (Supplementary Medical Insurance Trust Fund)
 - financira se iz: sredstva odobrenih od strane Kongresa Sjedinjenih Američkih Država, premija ljudi koji su osigurani u Medicare dio B i Medicare dio D, zarađenih kamata na ulaganjima u zakladu
 - pokriva: usluge Medicare dio B i Medicare dio D, administraciju programa Medicare kao što su troškovi isplate beneficija, prikupljanje poreza Medicare i borba protiv prijevara i zlouporabe

Medicaid je drugi tip javnog programa zdravstvenog osiguranja Sjedinjenih Američkih Država koji je osnovan 1965. godine. Ovaj tip javnog programa zdravstvenog osiguranja ima za cilj pružanje zdravstvene zaštite najranjivijim skupinama stanovništva odnosno siromašnima i osobama lošeg ekonomskog položaja sa niskim primanjima koje inače ne bi bile u mogućnosti priuštiti si ikakvu zdravstvenu zaštitu. Medicaid program se razlikuje u svakoj državi Sjedinjenih Američkih Država, financiran je od strane federalne i državne vlade. Federalna

³³ Ridic, Goran, Gleason, Suzanne, Ognjen, Ridic "Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada." *Materia socio-medica*, 2012, str. 112

³⁴ How is Medicare funded?, <https://www.medicare.gov/about-us/how-is-medicare-funded> (pristupljeno 21.05.2024.)

vlada određeni dio sredstava dostavlja na korištenje državnoj vladi koja time pokriva sve troškove osiguranika koji se nalaze u ovom programu. Visina federalnog doprinosa se temelji na omjeru koji se naziva federalni postotak medicinske pomoći (Federal Medical Assistance Percentage), koji varira ovisno o prihodima države. Siromašnije države primaju veći postotak financiranja od federalnih vlasti. Svaka država ima pravo samostalno odlučivati koje kvalifikacije osobe moraju ispunjavati kako bi postali osiguranici unutar programa Medicaid te države što rezultira značajnim razlikama među državama u pogledu pokrivenosti i pruženih usluga. Medicaid se suočava s različitim izazovima koji uključuju rastuće troškove zdravstvene skrbi, potrebe za proširenjem pokrivenosti zdravstvenih usluga i poboljšanjem kvalitete usluga. Zakon o pristupačnoj skrbi (Affordable Care Act) koji je potpisan 2010. godine i u svijetu poznat kao Obamacare značajno je proširio pristup Medicaid, omogućujući većem broju ljudi da se kvalificiraju za program. Međutim, neke države su unatoč tome odlučile da ne prihvate proširenje Medicaid što je dovelo do neujednačenog pristupa zdravstvenoj skrbi diljem zemlje. Kvalifikacije za Medicaid uglavnom ovise o prihodima i imovini osobe. Pragovi prihoda variraju od države do države, ali obično su postavljeni na određeni postotak federalne granice siromaštva (Federal Poverty Level).

Tablica 5. Iznos federalne granice siromaštva prema veličini kućanstva i njihovim prihodima za 2023. i 2024. godinu

Veličina kućanstva	Prihodi za 2023. godinu	Prihodi za 2024. godinu
Jedna osoba	14.580 dolara	15.060 dolara
Dvije osobe	19.720 dolara	20.440 dolara
Tri osobe	24.860 dolara	25.820 dolara
Četiri osobe	30.000 dolara	31.200 dolara
Pet osoba	35.140 dolara	36.580 dolara
Šest osoba	40.280 dolara	41.960 dolara
Sedam osoba	45.420 dolara	47.340 dolara
Osam osoba	50.560 dolara	52.720 dolara
Devet osoba i više	Dodaje se 5.140 dolara za svaku sljedeću osobu	Dodaje se 5.380 dolara za svaku sljedeću osobu

Izvor: Federal poverty level (FPL), <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/> (pristupljeno 25.05.2024.)

Navedeni iznosi federalne granice siromaštva se ne odnose samo za izračun kako bi se steklo pravo na korištenje Medicaid nego i pravo na korištenje Programa dječjeg zdravstvenog osiguranja (Children's Health Insurance Program).

Program dječjeg zdravstvenog osiguranja (Children's Health Insurance Program) je također javni program zdravstvenog osiguranja koji je osnovan 1997. godine kao dio Zakona o uravnoteženju proračuna (Balanced Budget Act) koji za zadaću ima smanjene broja neosigurane djece u Sjedinjenim Američkim Državama. Zadaća Programa dječjeg zdravstvenog osiguranja je pružanje zdravstvene zaštite djeci koja potiču iz obitelji sa niskim prihodima i iz obiteljima sa umjerenim prihodima koje ne ispunjavaju postavljene uvjete za Medicaid. Program dječjeg zdravstvenog osiguranja financira federalna vlada koja alocira sredstva prema državama putem federalni postotak medicinske pomoći (Federal Matching Assistance Percentag) koji je veći za Programa dječjeg zdravstvenog osiguranja nego za Medicaid što za razliku od Medicaid potiče države na sudjelovanje. Međutim, samim programom i uvjetima upravlja svaka država za sebe te ga može prilagoditi svojim specifičnim potrebama i uvjetima te kao i kod Medicaid to rezultira varijacijama u pogledu pokrivenosti i pruženih usluga. Iako usluge variraju od države do države Program dječjeg zdravstvenog osiguranja uglavnom pokriva široki raspon zdravstvenih usluga uključujući preventivnu skrb, bolničku njegu, posjete liječniku, cijepljenja, stomatološku skrb, mentalno zdravlje i lijekove na recept. Program dječjeg zdravstvenog osiguranja je uvelike utjecao na smanjenje neosigurane djece kroz godine međutim stalno se suočava sa velikim izazovima poput pitanja visine financiranja i osiguranja financiranja, administrativne složenosti te koordinacije sa Medicaid.

Ostali programi koji pružaju zdravstvenu zaštitu pod federalnom vladom Sjedinjenih Američkih Država su:³⁵

- ❖ TRICARE – civilni program zdravstvene zaštite za svo aktivno vojno osoblje, umirovljeno vojno osoblje te njihove obitelji u Sjedinjenim Američkim Državama i svim ostalim zemljama svijeta kojim upravlja Obrambena zdravstvena agencija koja je dio Vojnog zdravstvenog sistema
- ❖ Zdravstvena administracija veterana (Veterans Health Administration) - centralizirani civilni program koji je namijenjen umirovljenim vojnicima i njihovim obiteljima, unutar programa postoje 172 medicinska centra i 1.138 ambulante za sve svoje korisnike po cijeloj zemlji nudeći širok raspon usluga koje uključuju bolničke usluge poput:³⁶ kirurgije, intenzivne njege, mentalno zdravlje, ortopediju, farmaciju, radiologiju i fizikalnu terapiju, rad ovog programa nadzire Odjel za veteranske poslove Sjedinjenih Američkih Država

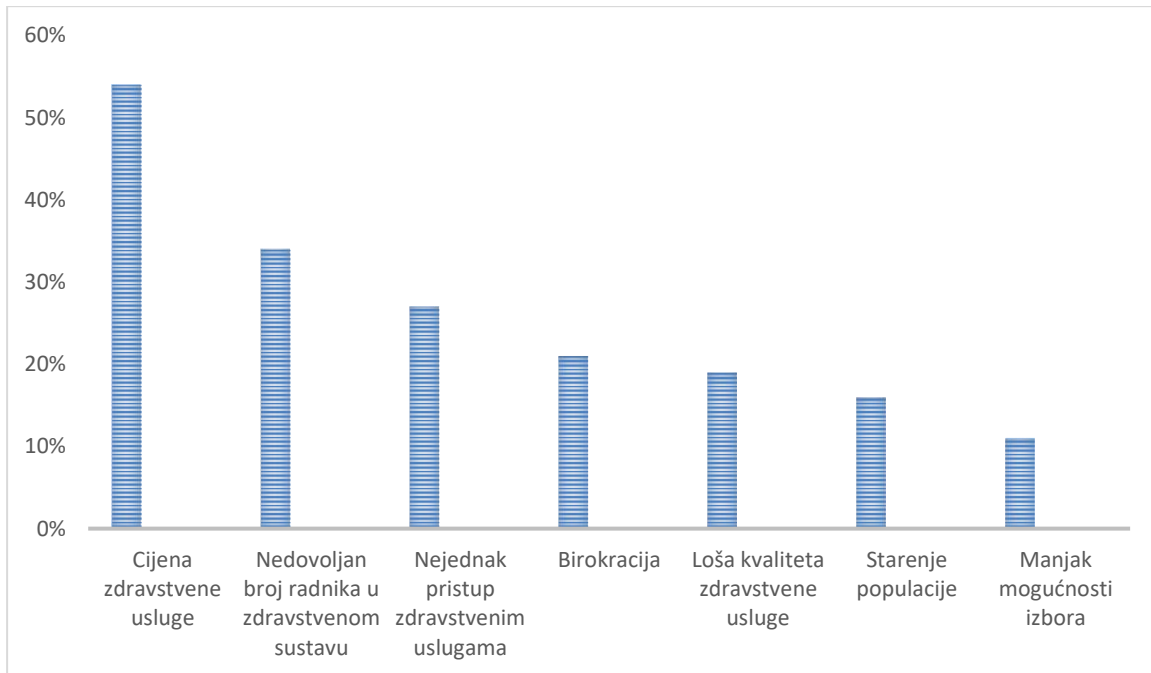
³⁵ U.S. Department of Health and Human Services, <https://www.hhs.gov/> (pristupljeno 27.05.2024.)

³⁶ Veterans Health Administration, <https://www.va.gov/health/aboutvha.asp> (pristupljeno 27.05.2024.)

- ❖ Zdravstvena služba Indijanaca (Indian Health Service) – program koji pruža zdravstvene usluge unutar 574 federalno priznatih plemena unutar 37 zemalja Sjedinjenih Američkih Država te za zadaću ima podići fizičko, mentalno, socijalno i duhovno zdravlje američkih Indijanaca i domorodaca Aljaske te osigurati jednostavan pristup do zdravstvenih usluga
- ❖ Centri za zdravlje zajednice (Community health center) - neprofitna zdravstvena organizacija smještena po susjedstvima usmjerena na pacijente te im omogućava pristup visokokvalitetnoj, pristupačnoj i sveobuhvatnoj primarnoj i preventivnoj medicinskoj, stomatološkoj i mentalnoj zdravstvenoj skrbi, misija im je da pružaju usluge osobama s nedovoljnim, ograničenim ili nepostojećim zdravstvenim osiguranjem

Osobe koje ne pripadaju ni u jednu od ovih grupa primorana su svoja zdravstvena osiguranja naći samostalno te to u većini slučajeva znači privatno zdravstveno osiguranje. Na tržištu u Sjedinjenim Američkim Državama postoje mnoge opcije privatnog zdravstvenog osiguranja unutar koji postoje paketi usluga za koje se osoba može odlučiti. Osim samostalnog biranja plana privatnog zdravstvenog osiguranja postoji i opcija da osobi pri zaposlenju poslodavac već ponudi plan zdravstvenog osiguranja koji će on subvencionirati. Takvi poslodavci su u današnje vrijeme jako traženi pošto je zdravstveno osiguranje u Sjedinjenim Američkim Državama veliki problem. Poslodavci koji pružaju planove zdravstvenog osiguranja svojim zaposlenicima mogu se pridružiti kooperativi za nabavu zdravstvene zaštite. Te organizacije bilo javne ili privatne, omogućuju pokriće zdravstvenog osiguranja za zaposlenike svih pridruženih poslodavaca unutar njihovog sustava. Njihov cilj je ojačanje pregovaračke pozicije kako bi se postigla veća moć u pregovorima s osiguravateljima po pitanju planova zdravstvenog osiguranja i dobavljačima zdravstvene zaštite s namjerom smanjenja administrativnih troškova.

Grafikon 2. Glavni problemi zdravstvenog sustava u Sjedinjenim Američkim Državama prema anketi povedenoj u 2023.godini



Izvor: izrada autora prema podacima Statista, Share of individuals who said select problems were the biggest facing the health care system in the United States in 2023, <https://www.statista.com/statistics/917159/leading-problems-healthcare-system-us/> (pristupljeno 29.05.2024.)

Prema anketi koja se provodila u 2023. godini 54% posto ispitanika smatra da je najveći problem sama cijena zdravstvene usluge. Troškovi zdravstvenih usluga u Sjedinjenim Američkim Državama su među najvišima u svijetu. Unutar tih usluga su uključeni troškovi premija, doplata, sufinanciranja i troškova lijekova na recept, što mnogim osoba otežava pristup zdravstvenoj skrbi s obzirom na količinu novaca koju moraju platiti kao bi im te usluge bile imalo dostupne. Nakon tog 34% ispitanika smatra da je problem broj zaposlenih u zdravstvu, odnosno da taj broj nije dovoljan. Time se stvara prenatrpanost bolnica i liječnika te svog ostalog medicinskog osoblja što rezultira u preopterećenosti medicinskog sustava te dugo čekanje na pružanje zdravstvenih usluga koje su potrebne osiguranicima. 27% ispitanika smatra za najveći problem u američkom zdravstvu nejednak pristup zdravstvenim uslugama odnosno da mnogi stanovnici Sjedinjenih Američkih Država nema pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama, a posebno one osobe koje imaju niže prihode, nezaposlene su ili osobe koje su zaposlene na poslovima koji ne nude zdravstveno osiguranje pri zaposlenju. 21% ispitanika smatra da je birokracija najveći problem zdravstvenih usluga što se može zaključiti iz činjenice da su administrativni troškovi u američkom zdravstvenom sustavu vrlo visoki zbog složenih procedura naplate te pravila i regulacija koje postavljaju osiguravatelji. 19% ispitanika smatra

da je najveći problem loša kvaliteta zdravstvene usluge što proizlazi iz toga da postoji velika razlika u kvaliteti zdravstvene skrbi odnosno sama kvaliteta ovisi o lokaciji pružanja zdravstvene usluge, samom pružatelju te usluge i o vrsti osiguranja koje ta osoba ima odnosno nema. Za 16% ispitanika glavni problem zdravstva je visoka starost populacije unutar Sjedinjenih Američkih Država. Najviše to smatraju zbog toga šta starenje populacije povećava pritisak na zdravstveni sustav i njegove usluge te Medicare program koji služi pružanju zdravstvenih usluga starijim osobama zbog povećanja osoba starije životne dobi suočava se često sa financijskim poteškoćama i izazovima. 11% ispitanika smatra manjak mogućnosti izbora problemom zdravstvenog sustava u slučaju zaposlenih osoba to znači da su zaposlenici ograničeni na planove osiguranja koje nudi njihov poslodavac. U slučaju da njihov poslodavac nudi samo jednu vrstu plana zaposlenici nemaju mogućnost biranja opcije koja najbolje odgovara njihovim potrebama i financijskim mogućnostima, također postoje i osiguravatelji zdravstvenih planova koji imaju usku mrežu pružatelja usluga te se time osiguranici ograničuju. Osobe koje žele ugovoriti zdravstveno osiguranje, a žive u ruralnim ili mjestima koja imaju manji broj stanovništva samom tom činjenicom nisu primamljivi osiguravateljima i pružateljima uslugama i kao rezultat takvim osobama su vrlo ograničene zdravstvene usluge koje može koristiti unutar svojeg plana.

4. SWOT analiza zdravstvenih sustava Republike Hrvatske, Savezne Republike Njemačke i Sjedinjenih Američkih Država

Tablica 6. SWOT analiza zdravstvenog sustava Republike Hrvatske

Snage	Slabosti
<ul style="list-style-type: none">○ Sveobuhvatno zdravstveno osiguranje○ Javni sustav financiranja○ Široki spektar usluga koje se pružaju	<ul style="list-style-type: none">○ Duge liste čekanja○ Manjak medicinskog osoblja○ Financijska ovisnost o doprinosima
Prilike	Prijetnje
<ul style="list-style-type: none">○ Financiranje iz EU fondova○ Povećanje tržišta za zdravstveni i medicinski turizam	<ul style="list-style-type: none">○ Veliki udio starije populacije○ Odljev zdravstvenih djelatnika

Izvor: izrada autora prema Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine, <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>, pristupljeno (15.06.2024.)

Snage zdravstvenog sustava Republike Hrvatske su sveobuhvatno zdravstveno osiguranje odnosno svi građani imaju pravo na korištenje potrebne zdravstvene skrbi putem obveznog zdravstvenog osiguranja. Zdravstveni sustav i njegove usluge su financirane iz javnih sredstava države što građanima osigurava pristupačnost uslugama. Unutar sustava postoji široki spektar usluga poput primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, unutar kojih djeluju razne djelatnosti poput bolničkih liječenja i rehabilitacije koje se pružaju osiguranicima. Slabosti zdravstvenog sustava su duge liste čekanja iako su zdravstvene usluge dostupne svima na većinu njih se jako dugo čeka što rezultira nezadovoljstvom osiguranika. Prilike zdravstvenog sustava se ogledavaju u mogućnosti korištenja raznih financijskih resursa iz EU fondova kojima bi se mogla unaprijediti infrastruktura i dodatno razviti ljudski resursi. Osim toga Republika Hrvatska zbog svoje pozicije na moru i kopnu ima priliku povećati svoje tržište za zdravstveni i medicinski turizam. Prijetnje se javljaju u sve većem udjelu starije populacije te to stvara veliko opterećenje na sam sustav s obzirom da je taj dio populacije koristi najviše zdravstvenih usluga. Uz to postoji veliki odljev zdravstvenih djelatnika koji svoju kvalitetnu edukaciju i školovanje završe u Republici Hrvatskoj međutim nakraju zbog niskih plaća, teškog radnog vremena i loših uvjeta svoje zaposlenje ostvare van granica države.

Tablica 7. SWOT analiza zdravstvenog sustava Savezne Republike Njemačke

Snage	Slabosti
<ul style="list-style-type: none"> ○ Visoka kvaliteta i pristupačnost zdravstvenog sustava ○ Kratke liste čekanja ○ Sveobuhvatno zdravstveno osiguranje 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Decentralizacija zdravstveni sustav ○ Manjak kontrole troškova
Prilike	Prijetnje
<ul style="list-style-type: none"> ○ Poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi ○ Balans između troškova i pristupa zdravstvenih usluga 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Veliki udio starije populacije ○ Odljev zdravstvenih djelatnika

Izvor: izrada autora prema Bhaduri, Soham D. "Germany: Health Care System Overview and SWOT Analysis." *Indian Practitioner* 73.10 (2020) <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/1085997>, pristupljeno (15.06.2024.)

Snage zdravstvenog sustava Savezne Republike Njemačke su vidljive u visokoj kvaliteti zdravstvenog sustava i njegovoj pristupačnosti te sveobuhvatnom zdravstvenom osiguranju. Svi građani imaju pravo na zdravstveno osiguranje i na sve usluge koje su im potrebne, samo osiguranje ovisi o njihovom statusu te ga je moguće ostvariti putem javnih i privatnih osiguravajućih društva. Također liste čekanja su jako kratke i zbog toga osiguranici imaju brži pristup potrebnim uslugama. Zbog decentralizacije zdravstvenog sustava odnosno zbog velikog broja osiguravajućih društva i različitosti unutar njihovih ponuda može se javiti zbunjenost i nezadovoljstvo osiguranika te to predstavlja slabost sustava. Manjak kontrole troškova se također povezuje na prethodno navedenu slabost iz razloga što osiguravajuća društva i pružatelji usluga unatoč vladinom nadzoru imaju mogućnosti mijenjati visinu troškova usluga. Prilike za poboljšanjem sustava se mogu očitovati u poboljšanju kvalitete zdravstvene skrbi iako trenutno Savezna Republika Njemačka ima visoku kvalitetu uvijek ima mjesta za napredak pogotovo u području ravnomjernog financiranja koji će za rezultat imati povećanje kvalitete zdravstvene skrbi. Također potrebno je uspostaviti jači balans između troškova i pristupa zdravstvenih usluga od strane vlade prema osiguravajućim društvima i pružateljima usluga. Iste prijetnje se javljaju kao i kod prethodne države Republike Hrvatske, a to su veliki udio starije populacije koji koriste zdravstvene usluge u većem opsegu i odljev zdravstvenih djelatnika zbog nepovoljnih uvjeta rada.

Tablica 8. SWOT analiza zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država

Snage	Slabosti
<ul style="list-style-type: none">○ Integracija napredne tehnologije○ Snažna zdravstvena infrastruktura○ Inovativnost	<ul style="list-style-type: none">○ Visoki troškovi zdravstva○ Nejednakost u pristupu i kvaliteti zdravstvenog sustava
Prilike	Prijetnje
<ul style="list-style-type: none">○ Rješavanje problema nejednakosti u zdravstvenoj skrbi○ Inovacije u medicinskim uređajima i lijekovima	<ul style="list-style-type: none">○ Kontinuirano povećanje troškova zdravstva○ Regulatorna i zakonodavna nesigurnost○ Manjak zdravstvenih djelatnika

Izvor: izrada autora prema The Strategy Story, SWOT Analysis of the healthcare industry in the US, <https://thestrategy.com/blog/swot-analysis-of-the-healthcare-industry-in-the-us/>, (pristupljeno 15.06.2024.)

Snage zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država su vidljive u inovativnosti gdje se Amerika prikazuje kao lider država u medicinskim inovacijama i istraživanjima. U sklopu inovativnosti ova država prednjači u integraciji napredne tehnologije unutar zdravstvenog sustava poput umjetne inteligencije i telemedicine. Također jedna od većih snaga zdravstvenog sustava ove države je snažna infrastruktura unutar zdravstvenog sustava odnosno ima svjetsko poznate bolnice najviše klase te razne medicinske ustanove koje su opremljene najnovijom suvremenom tehnologijom. Slabosti sustava se javljaju u visokim troškovima zdravstvenog sustava odnosno ovo je jedan od najskupljih zdravstvenih sustava u cijelom svijetu. Kao utjecaj visokih troškova zdravstvenog sustava javlja se i nejednakost u pristupu i kvaliteti sustava i usluga odnosno većina stanovnika je neosigurana zbog velikih troškova, a onaj dio koji je osiguran nema jednak pristup svim uslugama nego ovisi o samoj pokrivenosti ugovorene police osiguranja. Prilike zdravstvenog sustava se najviše okreću prema rješavanju samog problema nejednakosti u zdravstvenoj skrbi odnosno da se omogući jednostavnije, jeftinije i lakše pristupanje zdravstvenom sustavu i uslugama svim stanovnicima. Prilika se javlja i u kontinuiranom radu na inovacijama u zdravstvenom sustavu pogotovo na inovacijama medicinskih uređaja i novih lijekova koji bi za rezultat imali poboljšanje ishoda za pacijente. Prijetnje sustava se opet najviše vežu za same troškove zdravstvenih usluga te da ti troškovi neprestano rastu. Osim troškova problem su zdravstvene regulative i politike koje su konstantno podložne izmjenama poput promjena cijene lijekova ili usluga te Medicarea i Medicaida čime se stvara regulatorna i zakonodavna nesigurnost. Ovdje se također javlja problem manjka zdravstvenih djelatnika zbog nepovoljnih radnih uvjeta.

Zaključak

Zdravstveni sustav može se definirati kao organizirani skup institucija, ljudi i resursa koji pružaju zdravstvene usluge s ciljem poboljšanja, održavanja ili obnove zdravlja stanovništva. Pravo na zdravlje i zdrav život je pravo koje bi svakoj osobi trebalo biti omogućeno. Međutim u današnje vrijeme zdravlje u vidu zdravstvenog sustava i zdravstvenih usluga se jako razlikuje po državama. Cilj ovog rada je bio analiza i usporedba zdravstvenih usluga te financiranje zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, Savezne Republike Njemačke i Sjedinjenih Američkih Država.

Republika Hrvatska i Savezna Republika Njemačka financiraju svoj zdravstveni sustav prema Bismarckovo modelu odnosno prema modelu socijalne države i po načelu solidarnosti, dok Sjedinjene Američke Države financiraju prema tržišnom modelu. U Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje se financira prvenstveno iz doprinosa koje uplaćuju poslodavci i zaposleni te samozaposlene osobe. Državni proračun također sudjeluje u financiranju određenih kategorija osiguranika unutar zdravstvenog sustava poput djece, studenata, umirovljenika i nezaposlenih. Osiguranici zdravstvenog sustava Republike Hrvatske imaju pravo na širok spektar zdravstvenih usluga koje su propisane od strane vodećeg tijela za pružanje zdravstvenih usluga odnosno Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Te usluge uključuju preventivnu skrb, dijagnostiku, liječenje, rehabilitaciju i palijativnu skrb. Savezna Republika Njemačka iako financira svoj zdravstveni sustav prema Bismarckovom modelu koji zagovara načelo solidarnost zdravstveni sustav u ovoj državi poznat je po svom sustavu univerzalne zdravstvene zaštite koji kombinira javno i privatno osiguranje. Većina stanovništva osigurana je obveznim zdravstvenim osiguranjem kojim upravljaju neprofitne zdravstvene osiguravajuće kuće. Svi zaposlenici s godišnjim prihodima ispod određenog praga moraju biti osigurani obveznim zdravstvenim osiguranjem. Oko 90% populacije koristi ovaj sustav. Financiranje se osigurava doprinosima koji plaćaju zaposlenici i poslodavci, a ti doprinosi predstavljaju postotak bruto plaće. Vlada također sudjeluje u financiranju zdravstvenog osiguranja za određene kategorije kao što su studenti, umirovljenici i nezaposleni. Osobe s prihodima iznad određenog praga, samozaposleni i državni službenici mogu birati da budu osigurani privatnim zdravstvenim osiguranjem. Oko 10% populacije koristi ovakvo osiguranje. Privatno osiguranje u ponudi ima prilagođene police koje imaju širi raspon zdravstvenih usluga te kraće vrijeme čekanja na red za potrebne zdravstvene usluge. Visina premije koju osiguranik plaća ovisi o njegovoj dobi, zdravstvenom stanju i riziku. Financiranje zdravstvenog sustava u Sjedinjenim Američkim Državama je temeljeno na tržišnom modelu odnosno značaj se pridaje samom „tržištu“. Za

razliku od mnogih drugih zemalja Sjedinjene Američke Države nemaju univerzalni sustav zdravstvenog osiguranja što za rezultat ima raznolikost i kompleksnost pristupa zdravstvenoj skrbi od strane osiguranika. Većina zaposlenih osiguranika osigurana je kroz privatno zdravstveno osiguranje koje u većini slučajeva dobiva putem poslodavca. Ovakva vrsta osiguranja često može biti skupa opcija, a troškovi premija, doprinosa i sufinanciranja mogu predstavljati financijski teret za mnoge osobe. Oni koji nemaju pristup osiguranju putem poslodavca ili su nezaposleni mogu se osigurati na individualnom tržištu osiguranja ili putem programa javnog zdravstvenog osiguranja poput Medicaida i Medicarea. Međutim čak i s ovim programima postoji značajan broj Amerikanaca koji nemaju zdravstveno osiguranje. Troškovi zdravstvene skrbi u Sjedinjenim Američkim Državama su visoki, a mnogi se suočavaju s izazovom plaćanja medicinskih računa i nepokrivenih troškova.

Prilikom provedenog istraživanja i izrade ovoga rada može se zaključiti da svaki zdravstveni sustav unutar sebe ima svoje prednosti i mane. Zdravstveni sustavi Republike Hrvatske, Savezne Republike Njemačke i Sjedinjenih Američkih Država pokazuju značajne razlike u organizaciji, financiranju i pristupu zdravstvenoj skrbi. Različiti pristupi odražavaju različite prioritete i vrijednosti u zdravstvenim sustavima sve tri zemlje te bi se trebalo naglasiti važnost prilagodbe zdravstvenih politika kako bi se osigurao pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi za sve osobe uzimajući u obzir ekonomski, društveni i kulturni aspekt svake države.

Bibliografija

- Bhaduri, Soham D. "Germany: Health Care System Overview and SWOT Analysis." *Indian Practitioner* 73.10 (2020)<https://journals.indexpopernicus.com/api/file/viewByFileId/1085997>, pristupljeno (15.06.2024.)
- Bodul, Dejan, i Vanja Smokvina. "Izazovi socijalne države u uvođenju osobnog bankrota-neka komparativa iskustva i potencijalni problemi." *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu* 49.1 (2012): 139-165. <https://hrcak.srce.hr/file/117594> (pristupljeno 14.06.2024.)
- Federal poverty level (FPL), <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/> (pristupljeno 25.05.2024.)
- Fillmore, Randolph „*The Evolution of the U.S. Healthcare System*“ Farmington Hills: The Gale Group, 2009, str. 336-338
- Gesetzliche Krankenkassen <https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/leistungen/leistungen.html> (pristupljeno 02.05.2024.)
- Gesetzliche Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv> (pristupljeno 29.04.2024.)
- How is Medicare funded?, <https://www.medicare.gov/about-us/how-is-medicare-funded> (pristupljeno 21.05.2024.)
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo, <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/medunarodni-dan-ljudskih-prava-zdravlje-je-temelj-ljudskih-prava-i-preduvjet-za-dostojanstven-zivot/>, (pristupljeno 13.06.2024.)
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/nacionalna-kontaktna-tockanpc/zdravstveno-osiguranje-u-republici-hrvatskoj>, (pristupljeno 01. ožujka 2024.)
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/obvezno-zdravstveno-osiguranje-0/tko-su-osigurane-osobe-hzzo>, (pristupljeno 10. ožujka 2024.)
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>, (pristupljeno 10. ožujka 2024.)
- Izvešće o poslovanju HZZO-a za 2023. godinu, https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/Izvjec%20o%20poslovanju%20HZZO-a%20za%202023.%20godinu_1.pdf, (pristupljeno 15.06.2024.)
- Kovač, Nevenka „*Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*“ *Ekonomski vjesnik*, God. XXVI, BR. 2/2013. str. 551-563
- Liste: Gesetzliche Krankenkassen, <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkassen-liste/>, (pristupljeno 05.05.2024.)
- Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine, <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>, pristupljeno (15.06.2024.)

Private Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/private-krankenversicherung.html> (pristupljeno 20.05.2024.)

Puljiz, Vlado. *Bismarckove socijalne reforme*. Revija za socijalnu politiku, Zagreb 1995. str. 243-247

Ridic, Goran, Gleason, Suzanne, Ognjen, Ridic "Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada." *Materia socio-medica*, 2012, str. 112

Sadeghi, Sarmad „*Integrating quality and strategy in health care organizations*“ Jones & Bartlett Publishers, 2013. str. 4

Statista, Share of individuals who said select problems were the biggest facing the health care system in the United States in 2023 , <https://www.statista.com/statistics/917159/leading-problems-healthcare-system-us/> (pristupljeno 29.05.2024.)

The Strategy Story, SWOT Analysis of the healthcare industry in the US, <https://thestrategy.com/blog/swot-analysis-of-the-healthcare-industry-in-the-us/>, (pristupljeno 15.06.2024.)

U.S. Department of Health and Human Services, <https://www.hhs.gov/> (pristupljeno 27.05.2024.)

Ustav Republike Hrvatske, <https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske>

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html> (pristupljeno 02.05.2024.)

Veterans Health Administration, <https://www.va.gov/health/aboutvha.asp> (pristupljeno 27.05.2024.)

Your Medicare coverage choices, <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/your-medicare-coverage-choices> (pristupljeno 20.05.2024.)

Zakon o doprinosima, <https://www.zakon.hr/z/365/Zakon-o-doprinosima> (pristupljeno 03. ožujka 2024.)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi> (pristupljeno 04. ožujka 2024.)

Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1. Karakteristike Beveridgeovog, Bismarckovog i tržišnog modela financiranja zdravstva	5
Tablica 2. Ostvareni prihodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2023. godini u odnosu na 2022. godinu	7
Tablica 3. Prosječan broj osiguranih osoba prema kategorijama osiguranja za 2023. godinu u odnosu na 2022. godinu	16
Tablica 4. Stope doprinosa i ograničenja za utvrđivanje doprinosa za 2024. godinu	22
Tablica 5. Iznos federalne granice siromaštva prema veličini kućanstva i njihovim prihodima za 2023. i 2024. godinu	36
Tablica 6. SWOT analiza zdravstvenog sustava Republike Hrvatske	41
Tablica 7. SWOT analiza zdravstvenog sustava Savezne Republike Njemačke	42
Tablica 8. SWOT analiza zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država	43

Grafikon

Grafikon 1. Omjer kategorije aktivni osiguranici u odnosu na kategoriju umirovljenici u rasponu od 2018. godine do 2023. godine	17
Grafikon 2. Glavni problemi zdravstvenog sustava u Sjedinjenim Američkim Državama prema anketi povedenoj u 2023.godini	39