

# Financiranje javnog zdravstva i organizacija stomatološke prakse u RH

---

**Richter, Michael**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, School of Dental Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:127:897939>

*Rights / Prava:* [Attribution-NonCommercial 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno 4.0 međunarodna](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-18**



*Repository / Repozitorij:*

[University of Zagreb School of Dental Medicine Repository](#)





Sveučilište u Zagrebu

Stomatološki fakultet

Michael Richter

**FINANCIRANJE JAVNOG  
ZDRAVSTVA I ORGANIZACIJA  
STOMATOLOŠKE PRAKSE U  
REPUBLICI HRVATSKOJ**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2021.

Rad je ostvaren na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu; Zavod za endodonciju i restaurativnu stomatologiju

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Paris Simeon; Zavod za endodonciju i restaurativnu stomatologiju, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Lektor hrvatskog jezika: mag. educ. philol. croat. et mag. educ. philol. angl. Barbara Kružić

Lektor engleskog jezika: mag. educ. philol. croat. et mag. educ. philol. angl. Barbara Kružić

Sastav Povjerenstva za obranu diplomskog rada:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Datum obrane rada: \_\_\_\_\_

Rad sadrži: 32 stranice

6 tablica

8 slika

1 CD.

Rad je vlastito autorsko djelo, koje je u potpunosti samostalno napisano uz naznaku izvora drugih autora i dokumenata korištenih u radu. Osim ako nije drukčije navedeno, sve ilustracije (tablice, slike i dr.) u radu izvorni su doprinos autora diplomskog rada. Autor je odgovoran za pribavljanje dopuštenja za korištenje ilustracija koje nisu njegov izvorni doprinos, kao i za sve eventualne posljedice koje mogu nastati zbog nedopuštenog preuzimanja ilustracija odnosno propusta u navođenju njihovog podrijetla.

## ZAHVALA

Zahvaljujem profesoru i prijatelju Parisu Simeonu kako na velikoj potpori pri izradi ovoga rada tako i na životnim mudrostima upijenima u njegovom društvu. Također, hvala i mojoj obitelji koja me usmjerila u životu i omogućila završetak studija, hvala mojim kolegama i prijateljima koji su mi uljepšali studentske dane i djevojci koja je uvijek uz mene.

*Michael*

# FINANCIRANJE JAVNOG ZDRAVSTVA I ORGANIZACIJA STOMATOLOŠKE PRAKSE U REPUBLICI HRVATSKOJ

## Sažetak

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske (RH) većinski se financira doprinosima na plaće radno aktivnog stanovništva kojima raspolaže Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) kao javna ustanova zadužena za ugovaranje i plaćanje zdravstvenih usluga. Zdravstveno osiguranje može biti obavezno i dobrovoljno, koje se pak dijeli na dopunsko, dodatno i privatno. Od osnutka RH, predlagane su brojne reforme koje su trebale unaprijediti zdravstveni sustav, no one nisu dosljedno provedene.

Djelatnost dentalne medicine može se obavljati u ordinacijama zdravstvenih ustanova, ordinacijama privatne prakse, skupnoj praksi te trgovačkim društvima. Postoje dva osnovna izvora prihoda stomatoloških ordinacija: naplata iz proračuna HZZO-a te izravna naplata „iz džepa“. Ordinacije unutar javnozdravstvene mreže usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja mogu naplatiti HZZO-u, dok se ostale moraju naplatiti „iz džepa“. S druge strane, privatnim ordinacijama izvan javnozdravstvene mreže preostaje naplata „iz džepa“ kao jedini izvor prihoda. Treba nadodati da osobe koje nisu osigurane dopunskim zdravstvenim osiguranjem moraju djelomično sudjelovati u plaćanju troškova dentalnih usluga.

U RH se za zdravstvo, gledajući i iznos po stanovniku i ukupne izdatke kao udio BDP-a, izdvaja značajno manje sredstava u odnosu na europski prosjek. Osim toga, Hrvatska se 2019. godine nalazila na 24. mjestu na popisu Europskog zdravstvenog potrošačkog indeksa (EHCI). S druge strane, Nizozemska se od samog početka bilježenja EHCI-a nalazi među prva tri mjesta. Glavna je odlika nizozemskog zdravstvenog sustava tržišno natjecanje pod visokim stupnjem kontrole države.

Iz ovog rada može se zaključiti da je glavni uzrok financijske neodrživosti i velikih dugova hrvatskog zdravstva nedostatak političke volje za dosljednim provođenjem reformi.

**Ključne riječi:** financiranje javnog zdravstva, zdravstvene reforme, organizacija stomatološke prakse

# FINANCE AND ORGANISATION OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM AND DENTAL MEDICINE IN CROATIA

## **Summary**

The health care system of the Republic of Croatia (CRO) is mostly financed by paying contributions from the salaries of the working population to the Croatian Health Insurance Institute (CHII). Health insurance can be compulsory and voluntary, and voluntary which can be supplementary, additional and private. Since the founding of the Republic of Croatia, numerous reforms have been proposed that were supposed to improve the health care system, but they have not been consistently implemented.

Dental medicine can be practiced in the offices of health institutions, private practice offices, group practice and companies. There are two basic sources of income for dental practices: CHII treasury and self-financing. Practices within the public health network can charge for compulsory health insurance services to the CHII, while other services need to be self-financed. On the other hand, private practices outside the public health network are left with self-financing as the only source of income. It should be added that persons who are not insured with supplementary health insurance must participate in the costs of dental services.

In the Republic of Croatia, significantly less funds are spent for health care compared to the European average. In addition, in 2019, Croatia was ranked 24<sup>th</sup> on the list of the European Health Consumer Index (EHCI). On the other hand, the Netherlands has been among the top three since the very beginning of the EHCI record. The main feature of the Dutch health system is competition under a high degree of state control.

From this paper, it can be concluded that the main cause of financial unsustainability and large debts of Croatian health care is the lack of political will for consistent implementation of the reforms.

**Keywords:** public health system financing, healthcare reforms, organization of dental health care

## SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1	Modeli financiranja zdravstva .....	2
1.2	Financijska održivost zdravstvenih sustava.....	3
2.	FINANCIRANJE JAVNOG ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ.....	5
2.1	Obvezno zdravstveno osiguranje.....	6
2.1.1	Prihodi HZZO-a.....	6
2.1.2	Rashodi HZZO-a.....	7
2.2	Dobrovoljno zdravstveno osiguranje.....	8
2.3	Reforme zdravstvenog sustava .....	9
2.3.1	Reforme od 1990. do 2005. godine.....	9
2.3.2	Reforme od 2006. do 2011. godine.....	10
2.3.3	Reforme od 2012. do 2020. godine.....	10
3.	ORGANIZACIJA STOMATOLOŠKE PRAKSE U RH .....	13
3.1	Ordinacije privatne prakse.....	15
3.1.1	Ugovorene ordinacije privatne prakse .....	15
3.1.2	Ordinacije privatne prakse izvan mreže javne zdravstvene službe.....	16
3.2	Ordinacije skupne prakse.....	16
3.3	Ordinacije zdravstvenih ustanova i drugih pravnih osoba.....	16
3.4	Model prihodovanja ugovorenih timova dentalne medicine .....	17
3.5	Specijalističke ordinacije dentalne medicine ugovorene s HZZO-om .....	19
3.6	Dentalna zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja .....	20
4.	RASPRAVA .....	21
4.1	Usporedba zdravstvene potrošnje sa zemljama EU-a.....	22

4.2	Usporedba nizozemskog i hrvatskog zdravstvenog sustava.....	23
4.3	Usporedba organizacije stomatološke prakse u Nizozemskoj i RH .....	25
5.	ZAKLJUČAK.....	26
6.	LITERATURA .....	28
7.	ŽIVOTOPIS .....	31



## **Popis skraćenica**

RH – Republika Hrvatska

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

ZU – zdravstvene ustanove

DTP – dijagnostičko terapijski postupci

KPI – indikator učinkovitog izvršavanja ugovornih obaveza

QI – indikator kvalitete

5\* – dodatak za pružanje dodatnih usluga osiguranim pacijentima

SKZZ – specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

## **1. UVOD**

## 1.1 Modeli financiranja zdravstva

S obzirom na organizaciju financiranja zdravstvenih sustava, razlikujemo tri osnovna modela: Bismarckov, Beveridgeov i tržišni. Budući da su pojedine zemlje odlučile iskoristiti odlike više od jednog od navedenih modela financiranja, danas u svijetu postoji i mješoviti model (1).

Beveridgeov model počeo se primjenjivati nakon Drugog svjetskog rata u Velikoj Britaniji. Taj se model odlikuje neizravnim financiranjem iz poreza tako da se određeni iznos od ukupnih poreznih prihoda izdvoji za financiranje zdravstvenog sustava (1).

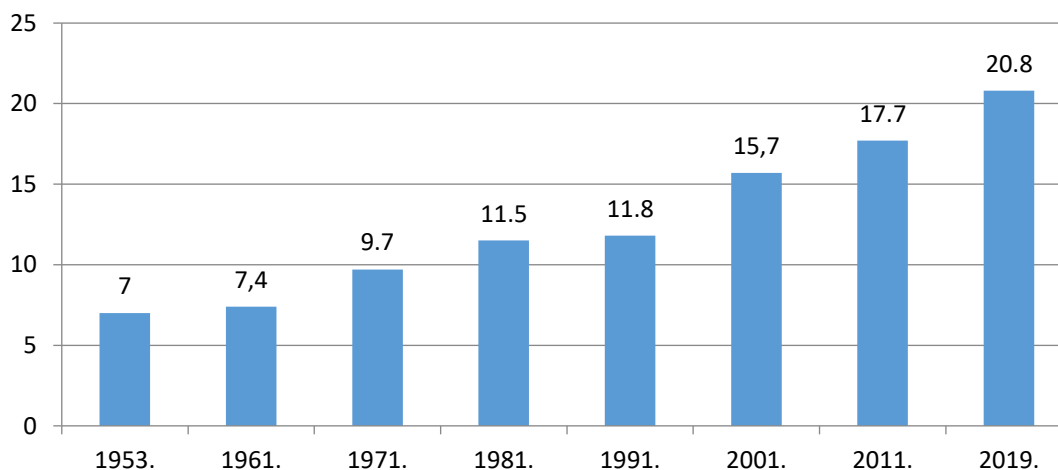
Bismarckov model odlikuje financiranje zdravstvenog sustava doprinosima na plaću radno aktivnog stanovništva. Uveden je 1883. u Prusiji i temelji se na načelima pravednosti i uzajamnosti. Pravednost proizlazi iz činjenice da pojedinci s većim plaćama izdvajaju više od onih s manjim plaćama, a uzajamnost financiranjem zdravstvenih usluga cjelokupnog radno aktivnog stanovništva da bi jednoga dana, kada se isti umirove, *de facto* netko drugi plaćao njihove zdravstvene usluge (1).

Tržišni model zasniva se na financiranju gotovinskim plaćanjem premija zdravstvenih osiguranja privatnim osigurateljima. Mogućnošću izbora osiguravajuće kuće i obujma zdravstvenog osiguranja stvara se konkurencija kako među osiguravajućim kućama tako i među ustanovama koje pružaju zdravstvenu uslugu. Rezultat je sustav koji imućnijim stanovnicima pruža uslugu najviše kvalitete (1).

Većina zdravstvenih sustava danas odlikuje se elementima više od jednog od navedenih modela. Hrvatska, Belgija, Njemačka, Francuska, Austrija i Švicarska primjenjuju uglavnom Bismarckov model, dok Velika Britanija, skandinavske zemlje, Grčka, Španjolska i Portugal primjenjuju uglavnom Beveridgeov model. SAD i Nizozemska primjer su država koje organiziraju zdravstvo prema tržišnom modelu (1).

## 1.2 Financijska održivost zdravstvenih sustava

Svjetska zdravstvena organizacija zdravlje definira kao „psihičko, fizičko i socijalno blagostanje, a ne samo puku odsutnost bolesti ili slabosti“. Zdravlje pojedinca temelj je za kvalitetan život, a upravo iz tog razloga kvalitetan zdravstveni sustav temelj je napredne zemlje. No za kvalitetan zdravstveni sustav potrebno je izdvojiti velika financijska sredstva, što predstavlja jedan od glavnih problema modernoga svijeta. Zdravstvena potrošnja u svijetu kontinuirano raste, za što postoje tri osnovna uzročna čimbenika. Prvi je čimbenik porast očekivanog trajanja života, što rezultira porastom broja starijeg stanovništva koji su podložniji obolijevanju. Proteklih 60 godina u Republici Hrvatskoj (RH), broj osoba starijih od 65 godina porastao je za više od 13 % (Slika 1). Drugi čimbenik rastuće potrošnje jest napredak medicinske tehnologije, što se odražava u cijeni medicinskih usluga. Povećanje dohotka stanovništva treći je čimbenik čvrsto povezan s porastom svjesnosti o potrebama ulaganja u zdravlje (2).

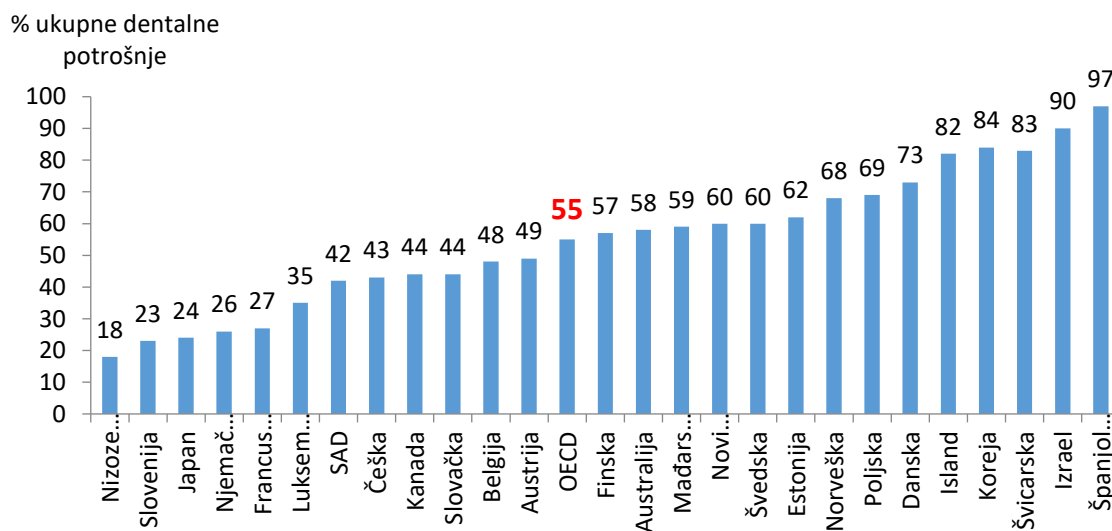


Slika 1. Udio stanovništva starijeg od 65 godina u Hrvatskoj (1953. – 2019.), izradio autor temeljem Popisa stanovništva, kućanstava i stanova 2011. godine te Procjene stanovništva Republike Hrvatske u 2019. godini

Samo u razdoblju od 2012. do 2020. godine, rashodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), kao središnje ustanove zadužene za financiranje i organizaciju zdravstva,

porasli su gotovo 20% (Slika 3). Svrha ovog rada je pronalazak uzroka trenutne financijske neodrživosti hrvatskog zdravstvenog sustava. U prvom dijelu rada, analizirat će se model financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava s detaljnim iznošenjem makroekonomskih pokazatelja uspješnosti, odnosno neuspješnosti istoga. Preglednim prikazom reformi provedenih od 1990. godine do danas prikazat će se nedosljednost u provođenju istih, što je stvorilo dugove koji se, iz godine u godinu, pokrivaju sredstvima državnog proračuna, odnosno porastom vanjskog duga države.

U drugom dijelu rada, analizirat će se organizacijske i financijske specifičnosti stomatološke prakse u Republici Hrvatskoj po kojima se izuzetno razlikuje od ostalih medicinskih grana. Činjenica da oralne bolesti većinom nisu životno ugrožavajuće, a potreba za dentalnim uslugama, u određenoj mjeri, može biti spriječena odgovornim održavanjem oralne higijene, ograničava se broj dentalnih usluga koje osiguranici mogu dobiti besplatno. Navedenu tvrdnju potvrđuje istraživanje u zemljama Organizacije za ekonomsku suradnju i razvitak (OECD) prema kojem se prosječno 55 % ukupne dentalne potrošnje odvija plaćanjem „iz džepa“ (Slika 2) (3).



Slika 2. Udio plaćanja „iz džepa“, izradio autor na temelju OECD Health Statistics iz 2013. godinu.

## **2. FINANCIRANJE JAVNOG ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ**

Glavni stup hrvatskog zdravstvenog osiguranja jest HZZO kao javna ustanova koja nosi odgovornost ugovaranja i financiranja zdravstvenih usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem. Obvezno zdravstveno osiguranje može biti nadopunjeno dobrovoljnim osiguranjem u obliku dopunskog, dodatnog ili privatnog zdravstvenog osiguranja. Osim iz riznice HZZO-a, usluge pokrivene dobrovoljnim osiguranjem financiraju se iz riznice osiguravajućih društava koja su za to dobila dozvolu nadzornog tijela sukladno Zakonu o osiguranju (4, 5).

## **2.1 Obvezno zdravstveno osiguranje**

U Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/2013:1666) navodi se sljedeće: "*Na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih ovim Zakonom obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno.*" Osim toga, „...*obvezno se osiguravaju i državljani drugih država članica Europske unije te državljani države koja nije država članica s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, a na temelju radnog odnosa kod poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj, odnosno na temelju obavljanja gospodarske, odnosno profesionalne djelatnosti u Republici Hrvatskoj, ako su ispunjeni uvjeti prema posebnim propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u Republici Hrvatskoj i ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.*"

### **2.1.1 Prihodi HZZO-a**

Prihode HZZO-a dijelimo na prihode od doprinosa, prihode od proračuna, prihode po posebnim propisima te ostale prihode (6). HZZO uplaćuje financijska sredstva zdravstvenim ustanovama na temelju godišnjih ugovora koji određuju cijenu usluge i oblik plaćanja (7).

Glavni su izvor prihoda HZZO-a doprinosi koji su 2019. godine iznosili 81,88 % ukupnih prihoda (6). Radi se o doprinosima koje poslodavci obračunavaju na bruto plaće zaposlenih u visini od 16,5 % i na doprinose od mirovina u visini od 3 % koju plaćaju umirovljenici čije su mirovine veće od prosječne neto plaće u RH (8).

Iduća stavka prihoda jesu prihodi od proračuna koji su u 2019. godini imali 9,59 % udjela u strukturi ukupnih prihoda i to su *“prihodi od proračunskih korisnika koji plaćaju doprinose za nezaposlene osobe, za osobe kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda, dodatni doprinos za osiguranike korisnike mirovina po propisima o mirovinskom osiguranju i prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja, prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine, prihodi na ime premija za police dopunskog zdravstvenog osiguranja za osiguranike kojima se polica pokriva na teret Državnog proračuna, te sredstva za pokriće troškova zdravstvene zaštite osiguranika koji su to pravo ostvarili na teret državnog proračuna.”* (6).

Prihodi po posebnim propisima imali su 8,46 % udjela u strukturi ukupnih prihoda HZZO-a 2019. godine. Navedeni prihodi uključuju prihode od sufinanciranja cijene usluge (participacije), prihodi za dopunsko osiguranje, prihodi od premije obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti te prihodi od inozemnih osiguranja na temelju međunarodnih ugovora (6).

#### 2.1.2 Rashodi HZZO-a

Nakon što se uprihode financijska sredstva, slijedi kupovina zdravstvene zaštite koja obuhvaća 88 % ukupnih rashoda HZZO-a za 2019. godinu. U to se ubrajaju bolnička zdravstvena zaštita (36 %), primarna zdravstvena zaštita (16 %), lijekovi na recepte (14 %), posebno skupi lijekovi (7 %), specijalističko-konzilijarna izvanbolnička zdravstvena zaštita (3 %), ortopedski uređaji i pomagala (3 %) te ostala zdravstvena zaštita (6).

Osim kupovine zdravstvene zaštite, HZZO isplaćuje naknade koje su iznosile 10 % ukupnih rashoda i odnose se rashode za zaposlene, materijalne izdatke, financijske rashode, rashode po projektima EU-a, naknadu štete te rashode za nabavu nefinancijske imovine. Preostalih 2 % rashoda odnosi se na ostale izdatke, tj. plaće zaposlenika, materijalne i financijske izdatke, rashode za nabavu nefinancijske imovine, rashode po projektima EU-a te naknade štete (6).



## 2.2 Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Postoje tri oblika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u RH: dopunsko, dodatno i privatno. Dopunskim oblikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osigurava se pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite koja nije pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem. Dodatnim oblikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osigurava se viši standard zdravstvene zaštite te veći opseg prava u odnosu na obvezno osiguranje. Naposljetku, privatnim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se osobe koje borave u RH, a koje nisu obvezne osigurati se (5).

Ukupna bruto premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u 2019. godini porasla je za 16,5 % u odnosu na prethodnu godinu, što potvrđuje trend rasta potrošnje na dobrovoljno zdravstveno osiguranje (Tablica 1).

Tablica 1. Zaračunata bruto premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne računajući premije HZZO-a, izradio autor na temelju Tržišta osiguranja u RH 2019.

Razdoblje	Zaračunata bruto premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (kn)	Promjena u %
2010.	258 703 000	-4,6
2011.	255 147 000	-1,4
2012.	238 668 000	-6,5
2013.	249 438 000	4,5
2014.	278 338 000	11,6
2015.	329 278 000	18,3
2016.	409 206 000	24,3
2017.	478 840 000	19,2
2018.	519 962 000	6,6
2019.	605 981 000	16,5

U Tablici 2 navedeni su iznosi bruto premija po vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za 2019. godinu. Iz nje je vidljivo da dopunsko osiguranje, s 88,75 % ili 1 631 429 986 kn, zauzima većinski udio u potrošnji na dobrovoljna zdravstvena osiguranja. Najveći prodavatelj dopunskog osiguranja jest HZZO koji je tako 2019. uprihodio 1 232 281 401 kn, odnosno 67 % zaračunate ukupne bruto premije dobrovoljnih osiguranja. Ugovaranjem dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja komercijalna osiguravajuća društva uprihodila su 399 148 585 kn (21,71 %) za dopunsko te 189 330 350 kn (10,30 %) za dodatno zdravstveno osiguranje.

Tablica 2. Zaračunata bruto premija po vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za 2019., izradio autor na temelju Izvješća o poslovanju HZZO-a za 2019. godinu i Tržišta osiguranja u RH 2019.

Vrsta osiguranja	Zaračunata bruto premija osiguranja (kn)	Udio u %
Dopunsko osiguranje ugovoreno s HZZO-om	1 232 281 401	67,04
Dopunsko osiguranje ugovoreno s komercijalnim osiguravajućim društvima	399 148 585	21,71
Dodatno zdravstveno osiguranje	189 330 350	10,30
Privatno zdravstveno osiguranje	0	0,00
Ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja	17 501 927	0,95
Ukupno	1 838 262 263	100,00

## 2.3 Reforme zdravstvenog sustava

### 2.3.1 Reforme od 1990. do 2005. godine

Od osamostaljenja 1991. godine Hrvatski zdravstveni sustav bilježi neprekidan nesklad između nedostatnih prihoda i rastuće zdravstvene potrošnje. Provedene su brojne reforme s ciljem konsolidacije zdravstvenih financija i sprječavanja eskalacije krize. Reformom iz 1990. godine centraliziran je sustav prikupljanja sredstava za zdravstvenu zaštitu, čime je olakšana državna kontrola nad financiranjem i organizacijom zdravstva. Reforme provedene 1993. i 2002. godine imale su cilj racionalizacije i smanjenja ukupnih troškova. 1993. godine doneseni su Zakon o zdravstvenom osiguranju te Zakon o zdravstvenoj zaštiti kojima se osniva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje kao središnja ustanova za financiranje zdravstva. Osim toga, navedenim zakonima smanjen je opseg usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem te je postavljen zakonski okvir za uvođenje privatnog zdravstvenog osiguranja. 2002. godine dodatno se smanjuje opseg besplatnih usluga te se uvodi dopunsko osiguranje za usluge koje nisu potpuno pokrivena obveznim osiguranjem. Navedenim reformama stvorili su se dodatni prihodi i ostvario pomak od javnog financiranja prema privatnome. Time je kompromitiran socijalni koncept, odnosno

dostupnost zdravstvenih usluga bez odgovarajućeg suočavanja s pravim problemom – visokom zdravstvenom potrošnjom (9).

### 2.3.2 Reforme od 2006. do 2011. godine

„Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006. – 2011.“ ključan je dokument daljnjih promjena zdravstvenog sustava u kojem se priznaju sljedeći problemi: *„teritorijalna neujednačenost kapaciteta sekundarne zdravstvene zaštite, koncentracija specijalističko-konzilijarnih usluga unutar ustanova tercijarne zaštite koje su pretjerano koncentrirane u glavnom gradu, daljnja redukcija uloge primarne zdravstvene zaštite i daljnje smanjenje broja preventivnih pregleda“* (10). No, ni taj pokušaj reforme nije uspio financijski stabilizirati zdravstveni sustav i stoga je trošak sanacije zdravstva 2007. godine iznosio 1,3 milijarde kuna (11).

Zbog očite potrebe za temeljitom reformom zdravstva, 2008. godine predstavljeni su novi planovi: uvođenje međunarodnih javnih natječaja za posebno skupe lijekove, smanjenje referentnih cijena lijekova na recept, centralizacija nabave medicinske opreme, pojačana kontrola naknada za bolovanje i uvođenje plaćanja bolnicama prema izvršenju dijagnostičko-terapijskih postupaka. Osim toga, reforma je predvidjela informatizaciju primarne zdravstvene zaštite, reorganizaciju hitne medicinske pomoći, uvođenje nacionalnih lista čekanja i promjenu modela financiranja primarne zdravstvene zaštite. S ciljem povećanja prihoda HZZO-a, smanjen je broj ljudi koji prethodno nisu bili obvezni plaćati participaciju, a participacije su povećane. Uveden je i doprinos za obvezno osiguranje u visini od 3 % umirovljenicima čija mirovina prelazi prosječnu mjesečnu neto plaću. Imajući na umu izbijanje gospodarske krize 2008. godine, povećanje sredstava izdvajanih za zdravstvo nepotrebno je pridonijelo proračunskoj neravnoteži (11).

### 2.3.3 Reforme od 2012. do 2020. godine

Istekom razdoblja obuhvaćenog Nacionalnom strategijom razvitka zdravstva 2006. – 2011., Ministarstvo zdravstva objavilo je Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012. – 2020., u kojoj su naglašeni sljedeći strateški problemi: slaba povezanost i manjkav kontinuitet u zdravstvu, neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite, nedovoljna učinkovitost i djelotvornost u

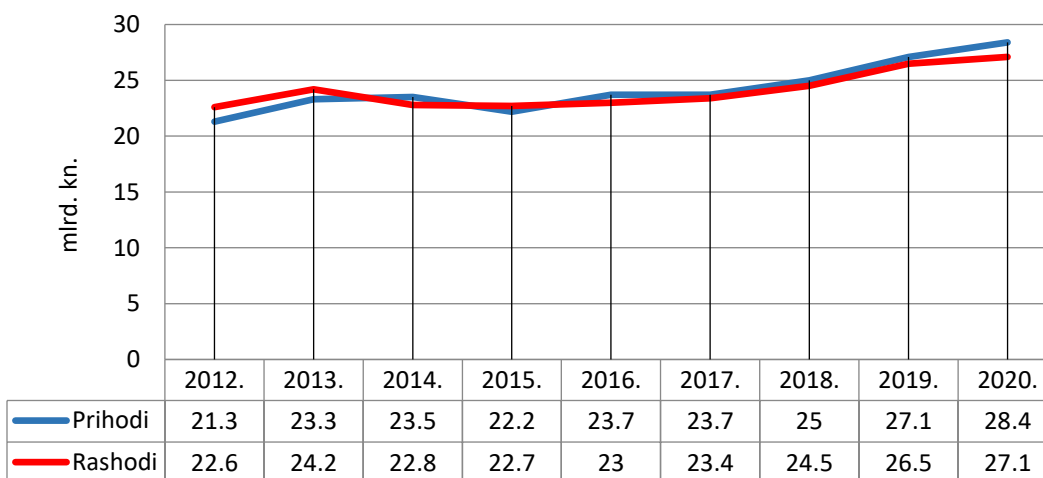
zdravstvenom sustavu, slaba ili neujednačena dostupnost zdravstvene zaštite i razmjerno slabi pokazatelji zdravlja. Smjernice za razvoj zdravstva prikazane su kroz 8 prioriteta (12):

1. *Razvoj informatizacije i eZdravstva*: unaprjeđenje zdravstvenog informacijskog sustava te uspostava elektroničkog zdravstvenog zapisa.
2. *Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu*: povećana zaštita zdravstvenih djelatnika, otvaranje mogućnosti ostvarivanja viših razina obrazovanja, plansko odobravanje specijalizacija te rad nakon obvezne dobi za umirovljenike.
3. *Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu*: sustavna izobrazba upravljačkog kadra, razdvajanje organizacijsko-financijskog i medicinskog upravljanja, jačanje upravljačkih ovlasti domova zdravlja, uspostavljanje odjela za analizu, planiranje i istraživanje zdravstvenog sustava.
4. *Reorganizacija ustroja djelovanja zdravstvenih ustanova*: povezivanje i suradnja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i javnom zdravstvu te reorganizacija ustroja i djelovanja bolnica u vidu udruživanja bolnica u regionalne bolničke mreže ustanova s ciljem preraspodjele bolničkih usluga, čime bi se uklonilo nepotrebno umnožavanje sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih zahvata na malim udaljenostima.
5. *Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti*: dodatan nadzor zdravstvenih djelatnika, razvoj kliničkih smjernica te ugovaranje i plaćanje prema kvaliteti.
6. *Jačanje preventivnih aktivnosti*: povećanje udjela preventivnih programa u zdravstvenom proračunu te poticanje preventivnih aktivnosti na svim razinama zdravstvene zaštite.
7. *Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva*: jačanje tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, nadzor financijskog poslovanja, strateško ulaganje te suzbijanje korupcije i neformalnih oblika plaćanja.
8. *Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini*: jačanje međunarodne suradnje, jačanje suradnje s regionalnim i lokalnim samoupravama, suradnja s organizacijama civilnog društva i medijima.

Od 2012. do 2020. godine doprinos za zdravstvo povećan je u dva navrata, s 13 % na 15 % 1. travnja 2014., a zatim na 16,5 % 1. siječnja 2019. godine (9, 13). Iz Tablice 3 vidljivo je da je od 31. 12. 2012. do 31. 12. 2014. reforma dovela do pozitivnog pada dugovanja zdravstvenog sustava s 11,5 milijardi kuna na 7,7 milijardi kuna. No usprkos značajnom povećanju prihoda HZZO-a s 21,3 milijarde kuna u 2012. godini na 28,4 milijarde kuna u 2020. godini (Slika 3), obveze hrvatskog zdravstva rapidno rastu. Tako je u listopadu 2020. godine dug iznosio 13,83 milijarde kuna, od toga veledrogerijama 11 milijardi kuna (14).

Tablica 3. Obveze zdravstvenih ustanova (ZU) i HZZO-a 2012. – 2016., u kunama, izradio autor na temelju dokumenta Ukupne i dospjele obveze zdravstvenih ustanova i HZZO-a od 31. 12. 2012. do 31. 12. 2016. dostupnog na: <https://zdravlje.gov.hr/financijski-dokumenti/2407>.

	<b>31. 12. 2012.</b>	<b>31. 12. 2013.</b>	<b>31. 12. 2014.</b>	<b>31. 12. 2015.</b>	<b>31. 12. 2016</b>
Bolnice	5 048 238 271	4 587 995 479	3 998 153 950	4 232 499 343	4 786 325 577
Ostale ZU	956 940 994	767 582 546	665 066 587	561 155 580	549 660 865
<b>Ukupno ZU</b>	<b>6 005 179 265</b>	<b>5 355 578 025</b>	<b>4 663 220 537</b>	<b>4 793 614 923</b>	<b>5 380 986 442</b>
<b>HZZO</b>	<b>5 502 094 544</b>	<b>3 866 961 053</b>	<b>3 067 819 766</b>	<b>3 223 925 248</b>	<b>2 778 284 651</b>
<b>UKUPNO</b>	<b>11 507 273 809</b>	<b>9 222 539 078</b>	<b>7 731 040 303</b>	<b>8 017 540 171</b>	<b>8 159 271 039</b>



Slika 3. Odnos prihoda i rashoda HZZO-a od 2012. do 2020. godine, u milijardama kuna, izradio autor na temelju Izvješća o poslovanju HZZO-a za 2012., 2013., 2014., 2015., 2016., 2017., 2018., 2019., i 2020. godinu.

### **3. ORGANIZACIJA STOMATOLOŠKE PRAKSE U RH**

Stomatološka praksa u RH može se obavljati u privatnoj praksi, skupnoj praksi te zdravstvenoj ustanovi ili drugoj pravnoj osobi (trgovačkom društvu) (15). Većina doktora dentalne medicine radi u sustavu HZZO-a (Tablica 4), kao zaposlenici doma zdravlja ili u privatnoj praksi s ugovorom na temelju kojega pružaju zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Potreban broj timova u zdravstvenim ustanovama te ugovorenih ordinacija privatne prakse određen je mrežom javne zdravstvene službe koja propisuje potreban broj timova za svaku jedinicu lokalne samouprave (16).

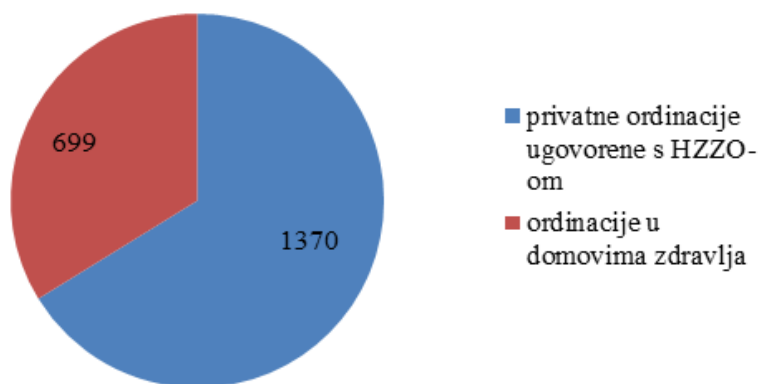
Tablica 4. Broj ordinacija u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite i broj osiguranika po županijama, izradio autor na temelju Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2019. godinu.

<b>Županija</b>	<b>Broj ordinacija u sustavu HZZO-a</b>	<b>Broj privatnih, neugovorenih ordinacija</b>	<b>Broj osiguranika</b>
<b>HRVATSKA</b>	<b>1940</b>	<b>618</b>	<b>3 937 326</b>
Grad Zagreb	371	146	781 468
Zagrebačka	112	21	239 291
Krapinsko-zagorska	57	4	138 666
Sisačko-moslavačka	94	8	163 299
Karlovačka	60	8	118 078
Varaždinska	62	42	122 546
Koprivničko-križevačka	47	4	97 944
Bjelovarsko-bilogorska	60	4	118 671
Primorsko-goranska	144	130	280 838
Ličko-senjska	18	1	37 392
Virovitičko-podravska	38	0	78 540
Požeško-slavonska	26	2	49 528
Brodsko-posavska	68	5	153 426
Zadarska	84	39	152 945
Osječko-baranjska	137	4	289 568
Šibensko-kninska	46	15	78 613
Vukovarsko-srijemska	79	1	158 667
Splitsko-dalmatinska	210	55	407 493
Istarska	108	114	226 654
Dubrovačko-neretvanska	66	13	120 205
Međimurska	54	2	123 494

### 3.1 Ordinacije privatne prakse

#### 3.1.1 Ugovorene ordinacije privatne prakse

Najveći broj ordinacija dentalne medicine u RH jesu ordinacije privatne prakse unutar mreže javne zdravstvene službe koje, na temelju ugovora, obavljaju stomatološke usluge pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem svojim osiguranicima (Slika 4). Glavni izvor prihoda ugovorenim ordinacijama privatne prakse jest ugovor s HZZO-om na temelju kojega primaju financijska sredstva. Osim toga, ugovoreni timovi mogu ostvarivati prihode izravnom naplatom za postupke i radove koji nisu pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem te za postupke i radove na pacijentima koji nisu upisani kod njih. Cijene izravno naplaćenih zdravstvenih usluga moraju biti usklađene s najnižim cijenama utvrđenima od strane Hrvatske komore dentalne medicine. Doktor dentalne medicine zadužen je za upravljanje i organizaciju rada ordinacije privatne prakse u odgovarajućem prostoru kojim raspolaže te s odgovarajućom opremom kojom raspolaže (16).



Slika 4. Broj privatnih ordinacija ugovorenih s HZZO-om u odnosu na broj ordinacija u domovima zdravlja, izradio autor na temelju Popisa doktora ugovorenih u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) za ožujak 2021. dostupnog na: <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>.



### 3.1.2 Ordinacije privatne prakse izvan mreže javne zdravstvene službe

Ordinacije privatne prakse izvan mreže javne zdravstvene službe, odnosno one bez ugovora s HZZO-om, prihoduju izravnom naplatom zdravstvenih usluga ili ugovorom s dobrovoljnim osiguravateljem (privatnim osiguravajućim društvom). Kao i kod ugovorenih ordinacija, doktor dentalne medicine osigurava odgovarajući prostor i opremu za obavljanje zdravstvene djelatnosti te je zadužen je za upravljanje i organizaciju posla ordinacije (16). Neugovorenih ordinacija privatne prakse u 2019. godini bilo je ukupno 618, od toga čak 146 u Zagrebu, 130 u Primorsko-goranskoj županiji i 114 u Istarskoj županiji. Navedena područja vodeća su po broju ordinacija specijaliziranih za dentalni turizam kojemu se okreće sve veći broj privatnih stomatoloških ordinacija (17).

### 3.2 Ordinacije skupne prakse

Suradnja timova primarne zdravstvene zaštite koja se organizira na temelju ugovora sklopljenog među sudionicima iste, naziva se skupna praksa. Ona može biti monovalentna (sastoji se od timova ugovorenih u istoj djelatnosti) ili polivalentna (sastoji se od timova ugovorenih u različitim djelatnostima). Ugovoreni timovi zdravstvene zaštite organizirani u skupnu praksu obvezni su osigurati pojačanu skrb kroz veću dostupnost, upućivanje prema vještinama pojedinih doktora, stručne konzultacije i evaluaciju rada, održavanje tjednih stručnih sastanaka i druge sadržaje koji pridonose kvalitetnijem provođenju zdravstvene zaštite osiguranim osobama (7).

### 3.3 Ordinacije zdravstvenih ustanova i drugih pravnih osoba

Dom zdravlja zdravstvena je ustanova koju osniva jedinica područne samouprave, županija. Upravljačku strukturu doma zdravlja čini ravnatelj sa zamjenicima i pomoćnicima, Upravno vijeće te Stručno vijeće, a osim toga, rad zaposlenika nadziru Etičko povjerenstvo, Povjerenstvo za lijekove, Povjerenstvo za kvalitetu i Stručni kolegij. Prema podacima sa Slike 4, u ožujku 2021. godine u domovima zdravlja bilo je zaposleno 699 doktora dentalne medicine. Njihovi prihodi, s obzirom na to da su zaposleni u javnoj službi, određeni su Temeljnim kolektivnim ugovorom i Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (16). Prema tome, visina prihoda doktora dentalne medicine zaposlenih u domovima zdravlja ne ovisi o njihovoj

učinkovitosti i ukupnoj novčanoj vrijednosti obavljenih dentalnih usluga, što ima demotivirajući učinak.

Osim u domu zdravlja, stomatološka djelatnost može se obavljati i u drugim javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama ili pravnim osobama (trgovačkim društvima) (16).

### 3.4 Model prihodovanja ugovorenih timova dentalne medicine

Ugovorene zdravstvene ustanove ili ugovoreni privatni zdravstveni radnici u djelatnosti dentalne medicine ostvaruju prihode prema modelu koji je donesen 2017. godine Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Prema navedenom, prihode ugovorenih timova možemo podijeliti na naknadu za hladni pogon, prihod prema broju osiguranih osoba (glavarinu), prihod prema ispostavljenim računima za provedene dijagnostičko-terapijske postupke (DTP), naknadu za učinkovito izvršavanje ugovornih obveza (KPI) te naknadu za kvalitetu pružene zdravstvene zaštite (QI). Osim navedenog, postoje dodatne mogućnosti prihoda, u što ulaze prihodi za skupnu praksu, preventivne programe te pružanje dodatnih usluga osiguranim pacijentima (5\*) (7). Prihodi ugovorenog tima dentalne zdravstvene zaštite s prosječnim brojem pacijenata (1900), navedeni su u Tablici 5, a svaki segment prihoda pojašnjen je u daljnjem tekstu.

Tablica 5: Godišnja vrijednost standardnog tima, izradio autor na temelju Odluke o izmjenama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, NN 93/2019.

Hladni pogon	Glavarina	DTP	KPI	QI	Ukupno	Dodatne mogućnosti			Sveukupno
						Skupna praksa	Preventivni programi	5*	
218 419,00	82 380,46	135 927,76	16 373,12	16 373,12	469 545,45	4 119,02	4 119,02	4 119,02	481 902,52

Svaka ugovorena ordinacija za hladni pogon uprihođuje 218 491,00 kn godišnje i namijenjen je za podmirenje plaće doktora dentalne medicine i medicinske sestre te ostale troškove poput telekomunikacijskih troškova, knjigovodstvenih troškova, troškova za energiju i komunalne usluge i ostalo (18, 19).

Glavarina je godišnji iznos novčanih sredstava koji ugovorena ordinacija prihoduje na temelju broja upisanih pacijenata. Najmanji broj osiguranih osoba iznosi 1425, dok je najveći mogući broj 2375 (7). Prihodi od glavarine po dobnim skupinama navedeni su u Tablici 6.

Tablica 6: Godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi u kunama, izradio autor na temelju Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, NN 56/2017.

Dobna skupina	Iznos
0 – 3	20,09
3 – 18	47,07
> 18	43,36

Prihodi za izvršene DTP-ove utvrđuju se prema koeficijentima navedenima u Članku 84. Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za što se, na mjesečnoj razini, ispostavljaju računi HZZO-u (7). Ugovoreni tim dentalne zdravstvene zaštite s do 1900 osiguranika može ispostaviti račune u ukupnoj visini 180 % iznosa glavarine, dok su timovi s 1901 i više osiguranika ograničeni na 165 % iznosa glavarine (18). Osim toga, ograničen je i iznos ispostavljenih računa za protetske DTP-ove na 30 % od ukupnog iznosa (7).

Dodatak za učinkovito izvršavanje ugovornih obaveza (KPI) utvrđuje se na temelju upućivanja na specijalistički pregled i udjela preventivnih postupaka u minimalnoj vrijednosti 20 % od ispostavljenih DTP-ova (7). Prihod kroz KPI može iznositi 7,5 % zbroja prihoda od glavarine i DTP-ova, a maksimalno 1 800 kn mjesečno (18).

Indikatori kvalitete (QI) kojima se također ostvaruju dodatni prihodi jesu zabilježen zubni status za minimalno 80 % pacijenata koji su obavili prvi pregled te sudjelovanje u radu *peer* grupe jednom mjesečno ili deset puta godišnje (7). Prihod od QI-a iznosi 7,5 % od zbroja prihoda glavarine i DTP-ova, a najviše može iznositi 1 800 kn mjesečno (18).

U dodatne mogućnosti prihodovanja ulazi provođenje preventivnih programa, rad u skupnoj praksi te pružanje dodatnih usluga osiguranim osobama. Za provođenje preventivnih mjera i rad u

skupnoj praksi, ugovorene ordinacije mogu ostvariti dodatan prihod u visini od 5 % vrijednosti iznosa glavarine. U dodatne usluge ulazi *e*-naručivanje, naručivanje u zadani termin, rad s osobama s posebnim potrebama, dostupnost u slučaju hitnosti te organiziranje grupnog savjetovališta. Za navedeno, ugovoreni timovi mogu ostvariti dodatan prihod u visini od 1 % do 5 % vrijednosti iznosa glavarine, odnosno po 1 % za svaku navedenu uslugu (7).

### **3.5 Specijalističke ordinacije dentalne medicine ugovorene s HZZO-om**

Doktori dentalne medicine s odobrenjem za samostalan rad mogu se stručno usavršavati specijalizacijom iz sljedećih 8 stomatoloških grana: dječja stomatologija, endodoncija s restaurativnom stomatologijom, obiteljska stomatologija, oralna kirurgija, oralna medicina, ortodoncija, parodontologija te stomatološka protetika. Godišnji plan potrebnih specijalizacija donosi ministar nadležan za zdravstvo na temelju prijedloga zdravstvenih ustanova, HZZO-a te Hrvatske komore dentalne medicine. Zakonske odredbe koje uređuju specijalističko usavršavanje, od podnošenja prijedloga za odobrenje specijalizacije do programa svake od navedenih grana specijalizacije, navedene su u Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora stomatologije (NN 115/2007). Po završetku specijalizacije, doktori dentalne medicine polažu specijalistički ispit kojim stječu zvanje specijalista područja za koje su se opredijelili (20).

Specijalističke ordinacije dentalne medicine, kao i one polivalentne, mogu sklopiti ugovor s HZZO-om. Ordinacije se ugovaraju u skladu s Mrežom javne zdravstvene službe (NN 113/2015) kojom je predviđen potreban broj ordinacija specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite (SKZZ) za svaku županiju. Ugovorene ordinacije SKZZ-a primaju pacijente na temelju uputnice izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, a račune za obavljene dijagnostičko-terapijske postupke pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem ispostavljaju HZZO-u. Popis i cijene dijagnostičko-terapijskih postupaka pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem nalazi se u šifrniku dostupnom na *web*-stranicama HZZO-a pod nazivom „DTP postupci u SKZZ-u“ (<https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/hzzo-za-partnere/sifrnici-hzzo-0>). Svaka ordinacija ima određen najveći mogući iznos ukupnih novčanih sredstava koja mogu ostvariti ispostavljanjem računa HZZO-u (7).

### **3.6 Dentalna zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja**

Osiguranci u Republici Hrvatskoj imaju mogućnost odabira stomatologa unutar javnozdravstvene mreže kod kojega mogu ostvariti prava iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju na temelju kojega HZZO snosi troškove za dentalne usluge iz Pravilnika o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

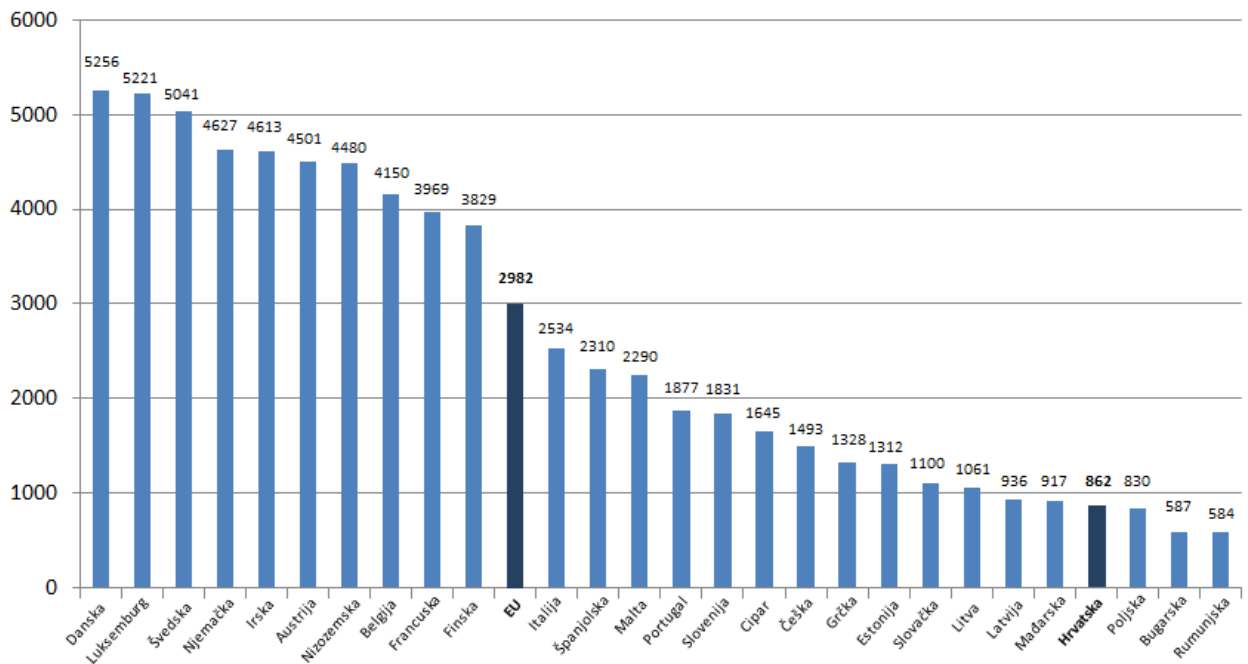
Troškovi su pokriveni u cijelosti za osobe koje plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje i za one osobe kojima je dopunsko zdravstveno osiguranje plaćeno iz proračuna, a to su: osobe s tjelesnim ili mentalnim oštećenjima ili psihičkim bolestima sukladno propisima o socijalnoj skrbi, darivatelji dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, dobrovoljni davatelji krvi s više od 35 (muškarci), odnosno 25 (žene) davanja, redoviti učenici i studenti te osigurane osobe čiji mjesečni prihod po članu obitelji ne prelazi iznos od 1563 kn (5). Osim toga, prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja i članova njihovih obitelji, dopunsko zdravstveno osiguranje financira se iz proračuna za hrvatske ratne invalide Domovinskog rata, branitelje iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30 % te članove obitelji smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog branitelja.

Osobe koje nisu osigurane dopunskim zdravstvenim osiguranjem moraju sudjelovati u troškovima dentalnih usluga plaćanjem 10 kn za svaki posjet izabranom stomatologu. Osim toga, navedene osobe moraju sudjelovati u plaćanju 20 % iznosa od ukupnog troška dentalne usluge, s najmanjim iznosom od 50 kn, a ako se radi o izradi dentalnih pomagala najmanji je iznos sudjelovanja 1000 kn za osobe od 18 do 65 godina te 500 kn za osobe iznad 65 godina (4).

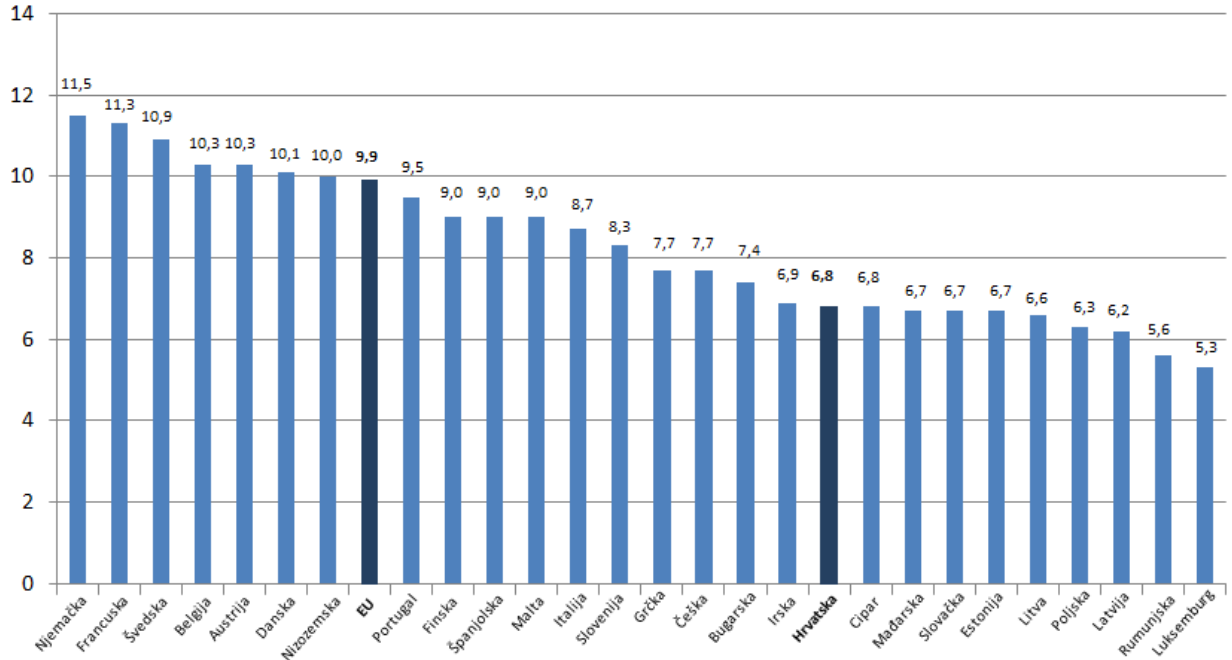
#### **4. RASPRAVA**

#### 4.1 Usporedba zdravstvene potrošnje sa zemljama EU-a

Prema podacima Eurostata za 2018. godinu, prosječna zdravstvena potrošnja u Europskoj Uniji iznosila je 2 982 € po stanovniku, dok je ukupna zdravstvena potrošnja zemalja prikazana kao udio bruto domaćeg proizvoda (BDP) u prosjeku iznosila 9,9 %. Hrvatska je s 862 € po stanovniku bila na 24. mjestu od 27 zemalja EU-a (Slika 5), a gledajući zdravstvenu potrošnju kao postotak BDP-a, Hrvatska je smještena na 18. mjesto (Slika 6).



Slika 5. Zdravstvena potrošnja zemalja EU-a 2018., u eurima po stanovniku, izradio autor na temelju Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20201202-1>).



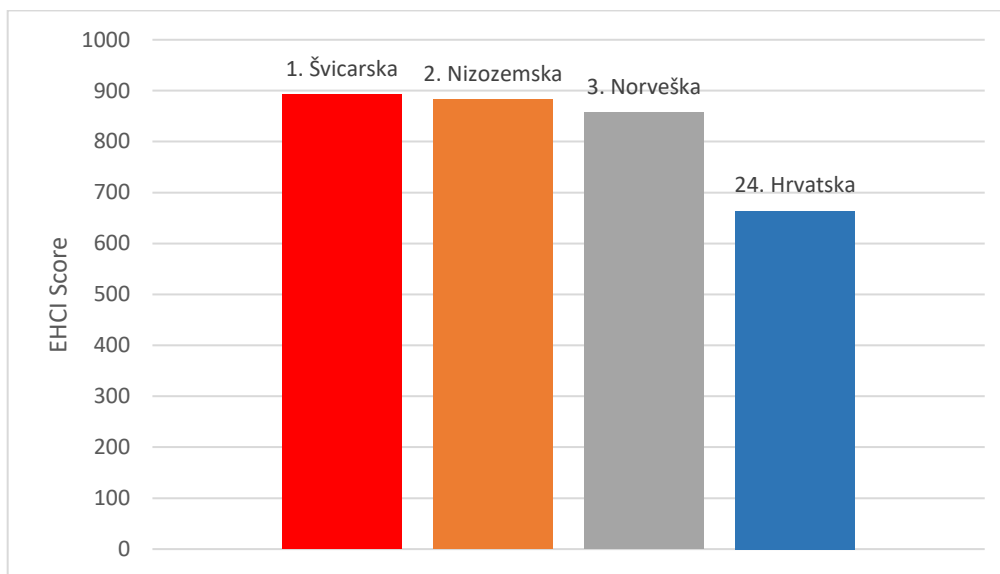
Slika 6. Zdravstvena potrošnja zemalja EU-a kao udio BDP-a, 2018. izradio autor na temelju Healthcare expenditure across the EU: 10% of GDP (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20201202-1>).

## 4.2 Usporedba nizozemskog i hrvatskog zdravstvenog sustava

Prema istraživanju Health Consumer Powerhousea za 2018. godinu, koje procjenjuje kvalitetu europskih zdravstvenih sustava ispitivanjem osiguranika te bilježenjem Europskog zdravstvenog potrošačkog indeksa (engl. *Euro Health Consumer Index – EHCI*), hrvatski zdravstveni sustav nalazi se na 24. mjestu (Slika 7). S druge strane, nizozemski zdravstveni sustav nalazi se na 2. mjestu i jedini se, od 2005. od kada se indeks bilježi, svake godine nalazi među prva tri na popisu (21). Izvrsnost nizozemskog zdravstvenog sustava rezultat je temeljite reforme provedene 2006. godine, kada su privatne osiguravajuće kuće dobile odgovornost pružanja zakonski propisanog obveznog zdravstvenog osiguranja. Time je stvorena konkurencija između osiguravajućih društava koja se natječu za veći broj osiguranika, kao i između zdravstvenih ustanova koje svojom kvalitetom postižu bolju pregovaračku poziciju pri ugovaranju s osiguravajućim društvima. U zakonski reguliranom okruženju, osiguravajuća društva odgovorna su za kupovinu svih usluga zdravstvene zaštite pokrivenih osnovnim zdravstvenim osiguranjem.

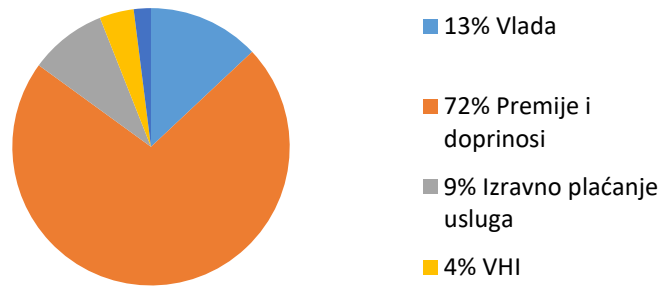


Osiguravatelji mogu biti društva s ograničenom odgovornošću i društva za uzajamno osiguranje. Društva s ograničenom odgovornošću u vlasništvu su dioničara i posluju s ciljem ostvarivanja dobiti, dok društva za uzajamno osiguranje nemaju cilj ostvarivanja dobiti, a svaki njihov osiguranik ujedno je i član društva (22).



Slika 7. Prve tri zemlje i Hrvatska na popisu EHCI-a 2018., izradio autor na temelju ljestvice Euro Health Consumer Index 2018.

Prosječna cijena police obveznog zdravstvenog osiguranja 2015. godine iznosila je 1158 € i navedenu premiju obvezan je plaćati svaki stanovnik stariji od 18. godina. Osim toga, zaposleni stanovnici izdvajaju 6,95 % (2015.) od svoje plaće u obliku doprinosa za zdravstvo. Uplaćena sredstva za doprinose prosljeđuju se osiguravajućim društvima u vidu kompenzacije rizika kako bi se omogućilo osiguravateljima postavljanje jednake cijene osnovne police osiguranja za sve svoje osiguranike, neovisno o stupnju rizika (22). Prihodi osiguravatelja od premija i doprinosa iznose 72 % ukupne zdravstvene potrošnje 2013. godine, 13 % dospjelo je od Vlade, 9 % od izravnog plaćanja za usluge te 5 % od dobrovoljnog dodatnog zdravstvenog osiguranja (VHI) (Slika 8).



Slika 8. Udjeli u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji Nizozemske 2013., prema izvoru prihoda, izradio autor na temelju (22).

Osim bitnih razlika u osiguranju zdravstvenih rizika, postoje i bitne razlike između pružatelja zdravstvenih usluga u Nizozemskoj i Hrvatskoj. Nizozemske bolnice u privatnom su vlasništvu, a pacijenti mogu birati u koju će bolnicu ići, što stvara zdravu konkurenciju koja je temelj za stalan napredak i podizanje kvalitete zdravstvenih usluga (22).

### 4.3 Usporedba organizacije stomatološke prakse u Nizozemskoj i RH

Reforme nizozemskog zdravstvenog sustava dovele su do mnogih promjena u stomatološkoj praksi. Do 1995. godine, osiguranim osobama koje su zarađivale ispod određenog iznosa stomatološke usluge pokrivalo je nacionalno zdravstveno osiguranje. No nakon reforme 1995. većina odraslih pacijenata za stomatološke usluge izdvaja iz vlastitog džepa, ili plaćanjem premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Idućom reformom provedenom 2006. godine, opseg stomatoloških terapijskih postupaka financiranih iz osnovnog zdravstvenog osiguranja sveden je na preventivne i kurativne terapijske postupke kod pacijenata mlađih od 18 godina te protetske radove za bezube odrasle pacijente te one sa psihičkim ili fizičkim oštećenjima (23). S druge strane, u Hrvatskoj je većina preventivnih i kurativnih stomatoloških postupaka još uvijek pokrivena osnovnim zdravstvenim osiguranjem. Među njima su npr. ispuni, endodontska liječenja zuba te ekstrakcije za koje je većina pacijenata izravno odgovorna neodržavanjem oralne higijene (24). Zanimljiv je podatak da su pacijenti u Nizozemskoj i prije 1995., kada je opseg dentalnih usluga pokrivenih osnovnim zdravstvenim osiguranjem bio proširen, bili obvezni dolaziti svakih 6 mjeseci na rutinski pregled kod stomatologa, što nikada nije bila praksa u RH (23).

## **5. ZAKLJUČAK**

Hrvatski zdravstveni sustav već se duže vrijeme nalazi u neodrživoj financijskoj situaciji. Glavnim uzrokom toga još se uvijek smatra činjenica da hrvatski građani ne izdvajaju dovoljno novčanih sredstava za zdravstvo, što opovrgava neuspjeh dosadašnjih reformi kojima su se doprinosi na plaće značajno povećali. Povećanjem doprinosa na plaće uspješno su povećani prihodi HZZO-a, ali neobjašnjivi porast rashoda onemogućio je stvaranje viška novčanih sredstava kojima bi se ostvario osnovni cilj povećanja doprinosa – smanjenje duga i konsolidacija zdravstvenih financija. Dakle, sasvim je jasno da je upravo rashodovna strana temeljni problem hrvatskoga zdravstva koji se može riješiti jedino opsežnom reformom zdravstvenoga sustava. Za tako nešto potrebno je samo analizirati uspješne zdravstvene sustave, poput nizozemskog, i implementirati njihova rješenja u naš sustav. Primarna zdravstvena zaštita nikako ne bi smjela biti „samo“ prva linija obrane, već glavna linija obrane kojom bi se rasteretilo bolničku zdravstvenu zaštitu koja zauzima najveći udio u rashodima HZZO-a. Bolničku zdravstvenu zaštitu nije dovoljno samo rasteretiti, već i racionalizirati do najveće moguće mjere te potaknuti iskoristivost trenutnih kapaciteta. Činjenica da je o svemu spomenutom već pisano u prethodnim reformama dovodi do zaključka da je glavni razlog za trenutnu situaciju u kojoj se hrvatski zdravstveni sustav nalazi isključivo nedostatak političke volje za dosljednim provođenjem reformi.

Svakodnevnim održavanjem oralne higijene sprječava se potreba za većinom stomatoloških usluga i, upravo zbog toga, svatko bi trebao snositi financijske posljedice zanemarivanja vlastitog oralnog zdravlja. Međutim, obvezno zdravstveno osiguranje u RH snosi troškove velikog broja stomatoloških usluga, a osiguranici nisu obvezni odlaziti na redovite kontrole kako bi ostvarili ta prava. Neredovitim odlascima kod stomatologa umanjuje se mogućnost preventivnog djelovanja kojim bi se umanjili ukupni troškovi stomatološkog liječenja. Smatram da bi uvođenje obveze odlazaka na redovite kontrole, kao i sudjelovanje u plaćanju stomatoloških usluga, podiglo svijest o potrebi redovitog održavanja oralne higijene i posljedično snizilo ukupne troškove stomatološkog liječenja kako državi tako i pacijentima.

## **6. LITERATURA**

1. Kovač N. Financiranje zdravstva: situacija u Hrvatskoj. Ekon vjes. 2013;26(2): 551- 63.
2. Dybczak K, Przywara B. The role of technology in health care expenditure in the EU. Euro Economics - Economy Pap [Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 24];400:[about 26 p.]. Available from: [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/economic\\_paper/2010/pdf/ecp400\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2010/pdf/ecp400_en.pdf).
3. Sanwald A, Theurl E. Out-of-pocket expenditure by private households for dental services: Empirical evidence from Austria. Health Econ Rev. 2016;6(10):1-9.
4. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine. 80(2013):1666.
5. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine. 86(2006):2016.
6. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [Internet]. Zagreb: HZZO; c2021. Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu; 2020 [cited 2021 May 3]; [about 35 p.]. Available from: <https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2020/07/IZVJE%C5%A0%C4%86E-O-POSLOVANJU-HZZO-a-za-2019.pdf>.
7. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 56(2017):1235.
8. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima. Narodne novine. 106(2018):2063.
9. Voncina L, Dzakula A, Mastilica M. Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. Health Pol. 2007;80(1):144–57.
10. Zrinščak S. Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. Rev za soc polit. 2007;14(2):193-220.
11. Broz T, Švaljek S. Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme. In: Vehovec M. O zdravstvu iz ekonomske perspektive. Zagreb: Ekonomski institut; 2014. p. 51-72.
12. Rajko Ostojić. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske; 2012. Strateški razvojni pravci, prioriteti i mjere; p. 66-87.
13. Zakon o izmjenama i dopunama zakona o doprinosima. Narodne novine. 41(2014):732.

14. Hrvatski sabor [Internet]. Zagreb: Hrvatski sabor; c2021. Izvješće Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku s rasprave o temi: "Stanje u zdravstvu - dugovi"; 2020 Oct 26 [cited 2021 May 21]; [about 2 screens]. Available from: <https://www.sabor.hr/radna-tijela/odbori-i-povjerenstva/izvjesce-sa-4-sjednice-odbora-za-zdravstvo-i-socijalnu-politiku>.
15. Zakon o stomatološkoj djelatnosti. Narodne novine. 121(2003):1708.
16. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine. 100(2018):1929.
17. Gregorić M, Sečan M, Pomper R, Miklik M. Prilike za razvoj poduzetništva u okviru dentalnog turizma u Hrvatskoj. *Obraz za poduzet.* 2019;9(2):85–99.
18. CEZIH [Internet]. Zagreb: HZZO. HZZO vodić kroz prijedlog novog modela prihodovanja PZZ dentalna zdravstvena zaštita (polivalentna); 2013 [cited 2021 May 10]; [about 5 p.]. Available from: [http://www.cezih.hr/dokumenti/HZZO\\_Vodic\\_kroz\\_ponudu\\_NM\\_za\\_DEN\\_vf.pdf](http://www.cezih.hr/dokumenti/HZZO_Vodic_kroz_ponudu_NM_za_DEN_vf.pdf).
19. Odluka o izmjenama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 94(2019):1851.
20. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora stomatologije. Narodne novine. 115(2007):3369.
21. Björnberg A, Phang AY. Euro Health Consumer Index 2018: Report [Internet]. Marseillan: Health Consumer Powerhouse; 2019 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>.
22. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. *Health Systems in Trans.* 2016;18(2):166–83.
23. den Boer J, van der Sanden W, Bruers J. Developments in oral health care in the Netherlands between 1995 and 2018. *BMC Oral H.* 2020;20(1):192.
24. Pravilnik o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine. 38(2013):710.

## **7. ŽIVOTOPIS**



Michael Richter rođen je 9. prosinca 1996. godine u Bjelovaru. Osnovnoškolsko obrazovanje stekao je u Osnovnoj školi Vladimira Nazora Daruvar, a srednjoškolsko u Gimnaziji Daruvar. Studij Dentalne medicine na Stomatološkom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu upisuje akademske godine 2015./2016.

Tijekom studija, osim obveznih kliničkih vježbi sudjeluje i u izvannastavnom radu klinika u sklopu Fakulteta, a u obliku volontiranja. Osim toga, tijekom studija aktivno se uključuje u rad Sekcije za oralnu medicinu i Sekcije za protetiku. Kao predavač sudjeluje na 1. i 4. Kongresu studenata dentalne medicine Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu s temama „Hepatitis B i C – od jetre do usta“ te „Javno zdravstvo ili privatna praksa“.