

Zdravstvena zaštita u Europskoj uniji, financijska budućnost i alternativni izvori financiranja

Šunjić, Leo

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:032438>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**

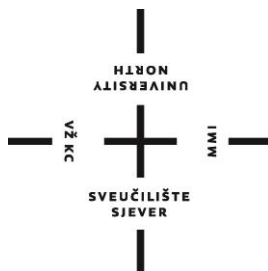


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



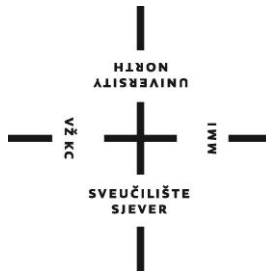
DIPLOMSKI RAD br. 113/PE/2017

**ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U EUROPSKOJ
UNIJI, FINANCIJSKA BUDUĆNOST I
ALTERNATIVNI IZVORI FINANCIRANJA**

Leo Šunjić

Varaždin, veljača 2017.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij Poslovne ekonomije



DIPLOMSKI RAD br. 113/PE/2017

**ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U EUROPSKOJ
UNIJI, FINANCIJSKA BUDUĆNOST I
ALTERNATIVNI IZVORI FINANCIRANJA**

Student:
Leo Šunjić, 0440/336 D

Mentor:
izv. prof. dr. sc. Anica Hunjet

Varaždin, veljača 2017.

Predgovor

Ovaj rad rezultat je mog promišljanja o budućnosti financiranja zdravstvene zaštite i izazovima koji dolaze u skorije vrijeme te kako na njih odgovoriti.

Zahvaljujem se mojoj mentorici na nesebičnoj pomoći i savjetima, a mojoj obitelji na podršci i razumijevanju koje su mi pružili tijekom pisanja rada.

Leo Šunjić

Prijava diplomskog rada

studenta IV. semestra diplomskog studija
Poslovna ekonomija

IME I PREZIME STUDENTA	LEO ŠUNJIĆ	MATIČNI BROJ	0440/336 D
NASLOV RADA	ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U EUROPSKOJ UNIJI, FINACIJSKA BUDUĆNOST I ALTERNATIVNI IZVORI FINANCIRANJA		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	HEALTH CARE IN TH EUROPEAN UNION, FINANCIAL FUTURE AND ALTERNATIVE SOURCES OF FINANCING		
KOLEGIJ	UVOD U ZNANSTVENO - ISTRAŽIVAČKI RAD		
MENTOR	IZV. PROF. DR. SC. ANICA HUNJET		
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Prof. dr. sc. Tanja Kesić, predsjednica 2. doc. dr. sc. Dinko Primorac, član 3. Izv. prof. dr. sc. Anica Hunjet, mentorica 4. prof. dr. sc. Živko Kondić, zamjenski član		

Zadatak diplomskog rada

BROJ 113/PE/2017

OPIS

U ovom radu daje se pregled metoda aktiviranja novih "unutarnjih" resursa u državama sa niskim i srednjim primanjima čija je svrha omogućiti veći priljev sredstava u sektor zdravstva. To pretpostavlja opcije za proširenje opće porezne osnove, kao i trošarine na konkretne potrošne robe ili uslugu. Nakon početka financijske i ekonomske krize 2008. godine, mnoge su zemlje smanjile trošak i izdvajanja za zdravstvo kao dio šireg nastojanja da se uravnoteže javne financije, prije svega smanjenje proračunskog deficita i omjera duga u odnosu na BDP. Javni sektor glavni je izvor financiranja zdravstvenog zaštite u svim europskim zemljama, a nakon njega je osobno plaćanje od strane korisnika zdravstvenih usluga. Ekonomska kriza je i u omjeru javnog i privatnog financiranja ostavila traga. Ta su javni rashodi smanjeni za dio usluga te je to često kompenzirano većim udjelom izravnog plaćanja od strane korisnika. Važno je naglasiti da, usprkos povijesnim i kulturološkim razlikama, europske zemlje obilježava društvena solidarnost i sličnost na području zdravstvene zaštite. Zbog brzog starenja stanovništva Hrvatske a i u gotovo svim članicama EU, financijski pritisak na zdravstveni sektor sve je izraženiji. Takvo stanje zahtjeva više sredstava i veću pozornost. Potrebno je uložiti daljnje napore kako bi se očuvala financijska stabilnost sutava, uključujući postizanje financijske konsolidacije i poboljšanje nadzora i odgovornosti za poslovanje HZZO-a i zdravstvenih ustanova kao pružatelja usluga. Prikazani primjeri ili bolje rečeno rješenja razlikuju se u svom potencijalu generiranja novčanih sredstava. Ovaj rad je tek pokušaj da se na jednom mjestu prikažu i ostale mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite osim doprinosa i polica dopunskog zdravstvenog osiguranja.

U VARAŽDINU, DANA

02.02.2017.

POTPIS MENTORA

A. Hunjet

DIR 01 PE



Sažetak

Sustavi zdravstvene zaštite širom svijeta nastoje se suočiti s izazovima koji proizlaze iz sve veće starosti stanovništva, porasta incidencije kroničnih bolesti i očekivanja javnosti. To za posljedicu širom Europe ima da se sve veći dio bruto domaćeg proizvoda (BDP) troši na sektor zdravstva. Kriza svjetske ekonomije povećala je zabrinutost o održivosti takve politike.

Porast očekivanog životnog vijeka može se objasniti poboljšanim uvjetima života i rada, kao i određenim oblicima ponašanja koji utječu na zdravlje, ali značajan udio u tom trendu ima bolji pristup zdravstvenoj zaštiti i njezina bolja kvaliteta. Mnogi aspekti poboljšanja zdravlja imaju svoju visoku cijenu. Primjerice, do 2009. godine utrošak na zdravstvo u europskim zemljama rastao je brže od ostatka ekonomije – zdravstveni sektor apsorbirao je sve veći dio BDP-a. Nakon početka financijske i ekonomske krize 2008. godine, mnoge su europske zemlje smanjile trošak za zdravstvo kao dio šireg nastojanja da se uravnoteže javne financije, prije svega smanjenja proračunskog deficita i omjera duga u odnosu na BDP.

Javni sektor glavni je izvor financiranja zdravstvene zaštite u svim europskim zemljama. Primjerice, u 2010. godini gotovo je tri četvrtine (73%) ukupnog troška za zdravstvo financirano iz javnih izvora, što je prosjek među državama članicama EU. Nakon javnog financiranja, sljedeći izvor financiranja zdravstvenih troškova u većini zemalja je osobno plaćanje od strane korisnika usluge. Ekonomska kriza je i u omjeru javnog i privatnog financiranja ostavila traga. Javni rashodi smanjeni su za dio usluga, što je često bilo kompenzirano većim udjelom izravnog plaćanja od strane kućanstava. Ipak, usprkos različitoj povijesti i kulturološkim razlikama, europske zemlje obilježava društvena solidarnost i sličnost na područjima kao što je zdravstvena zaštita.

U ovom radu daje se pregled metoda aktiviranja novih „unutarnjih“ resursa u državama sa niskim i srednjim primanjima čija je svrha omogućiti veći priljev sredstava u sektor zdravstva. To uključuje opcije za proširenje opće porezne osnove, kao i trošarine na konkretne potrošne robe ili usluge.

Predstavljene opcije razlikuju se u svojim mogućnostima generiranja resursa, i neke se čine prihvatljivijim od drugih. Pored apsolutnih novčanih izvora koji se na ovaj način mogu ostvariti, političari će morati uzeti u obzir i niz drugih čimbenika poput namjenske raspodjele, potencijalne regresivnosti (utjecaj na siromašne), troškova administriranja i političku provedljivost. Budućnost zdravstvene zaštite u Europi, odnosno zdravlja i dobrobiti njezinih stanovnika ovisi o tome hoće li se pronaći pravi odgovori odnosno prihvatljiva rješenja.

Ključne riječi: *javni sektor, Europska unija, zdravstvena zaštita, mehanizmi financiranja, ekonomska kriza.*

Abstract

Healthcare systems throughout the world are coping with challenges that result from ageing population, growth in chronic diseases and public expectation. Consequently, an increasing proportion of GDP is spent on health throughout Europe. The economic crisis has increased concern about the sustainability of such a state.

The life expectancy increase can be explained by better living and working conditions and health-related behaviours, but access to and quality of care also contributed significantly to this trend. Many aspects of health improvements come at high financial cost. For example, until 2009 European healthcare expenditure grew at a faster rate than the economy - the health sector absorbed a growing share of the gross domestic product (GDP). After the onset of the financial and economic crisis in 2008, many countries in Europe reduced their health spending as part of wider efforts to balance public finances, foremost their large budgetary deficits and growing debt-to-GDP ratios.

The public sector is the main source of financing healthcare in Europe. On average, nearly three-quarter (73%) of total healthcare expenditure was financed from public sources. After public funding, the main financing source for health expenditure in most countries is out-of-pocket payments. The mix of public and private health financing was also affected by the economic crisis. For certain goods and services public spending has been cut, frequently combined with the rising share of direct payments by households. However, despite historical and cultural diversity, European countries are characterised by social solidarity and resemblance on issues such as healthcare.

This work gives an overview of methods for activating new „internal“ resources in low- and medium-income countries that could potentiate the flow of funds into the healthcare sector, i.e. broadening the tax base or use of levies on particular consumption goods or services.

The presented options differ in their resource-generating potential, with some more acceptable than others. Beside the absolute amounts likely to be raised, politicians will need to consider a number of other factors such as earmarking, potential regressivity (i.e. impact on the poor), administration costs and political feasibility. The future of healthcare in Europe and ultimately the health and wellbeing of its citizens relies upon the right answers, i.e. acceptable solutions being found.

Keywords: *public sector, European Union, health care, funding mechanisms, economic crisis.*

Popis korištenih kratica

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
BDP	Bruto domaći proizvod
NHS	National Health System
EFTA	European Free Trade Association
EU	Europska unija
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
HLY	Healthy Life Years
GALI	Global Activiy Limitation Indicator
EHLEIS	European Health and Life Expectancy Information System
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
PDV	Porez na dodanu vrijednost
SAD	Sjedinjene Američke Države
NVT	Namet na valutne transakcije
WTTC	World Travel and Tourism Council

SADRŽAJ

1. Uvod.....	7
2. Problem zdravstvene zaštite u Europskoj Uniji	11
2.1. Demografska slika europske regije.....	11
2.2. Načini financiranja zdravstvene zaštite u zemljama europske regije Svjetske zdravstvene organizacije.....	19
3. Analiza problema	26
3.1. Oporezivanje nezdravih navika.....	27
3.1.1. Trošarine na duhanske proizvode	28
3.1.2. Trošarine na alkohol.....	29
3.1.3. Trošarine na namirnice koje pridonose nezdravoj prehrani...	34
3.2. Oporezivanje financijskih transakcija (financijski instrumenti).....	37
3.2.1. Nameti na valutne transakcije	37
3.2.2. Obveznice za dijasporu	37
3.3. Nameti na turizam i putovanja	38
3.4. Oporezivanje potrošnje luksuzne robe	40
3.4.1. Porez na luksuz.....	40
3.4.2. Nameti na korištenje mobilne telefonije.....	40
3.4.3. Franšizni proizvodi	41
4. Zaključak	45
Literatura.....	48
Popis grafikona	52
Popis tablica	53

1. Uvod

Vlade europskih država suočavaju se sa sve većim izazovima kada je u pitanju zdravlje odnosno zdravstvena zaštita. Pritisak na javne zdravstvene sustave financiranja zdravstvene zaštite raste u svim zemljama, bez iznimke. Kao glavni akteri odgovorni za realizaciju i financiranje zdravstvene zaštite, koja pretežito počiva na načelu društvene solidarnosti, države moraju identificirati i definirati odgovore i rješenja kako za zdravlje, tako i za druge relevantne ne-zdravstvene sektore.

Primjerice, u Europskoj regiji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) populacija stara 65 ili više godina, ima projekciju rasta od 129 milijuna 2010. godine na 224 milijuna do 2050. godine. Broj stanovnika starih 85 ili više godina ima očekivani rast sa 14 milijuna na 40 milijuna u istom vremenskom razdoblju. Uz smanjenje broja osoba u radnoj dobi, omjer radne i stare populacije ubrzano se mijenja. Premda postoje razlike među pojedinim zemljama u pogledu ovog trenda, općenito se već može govoriti o udvostručenju omjera starih naspram osoba radne dobi. Održavanje brojnosti i rast stare populacije zahtijeva također sve veću usmjerenost ka produljenju dobrog zdravlja kroz čitav životni vijek. Ali, starije osobe sve više trebaju i dio paketa koji obuhvaća dugoročnu skrb. Takvu skrb pruža dijelom zdravstveni sustav, a djelomice socijalne službe, što za zdravstvene sustave predstavlja poseban izazov.

Nadalje, unutar pojedinih zemalja, razine očekivanog dobrog zdravlja i očekivanog trajanja života ovise i stupnjevane su prema društvenom i ekonomskom statusu. Zdravlje kao ishod ima jasan gradijent unutar populacije, ovisno o čimbenicima kao što su primanja, obrazovanje, društveni položaj i zaposlenje. Loše zdravlje javlja se kao posljedica kombinacije loše društvene politike i programa, nehumanih ekonomskih odnosa i neželjenih posljedica drugih segmenata državne politike. Uzroci mnogih kroničnih bolesti vezanih uz način života (kao što je pušenje, prehrana, konzumacija alkohola, fizička aktivnost), također imaju svoju pozadinu u društvenom okruženju.

Europski sustavi zdravstvene zaštite počivaju na načelu društvene solidarnosti u zdravstvenoj zaštiti – dijeljenju financijskih rizika vezanih uz oboljenja. Održavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti koja je visoke kvalitete i dovoljno sveobuhvatna, ključni je cilj takvih sustava zdravstvene zaštite. Međutim, ovo načelo izloženo je sve većem naprezanju uslijed demografskih promjena, rastućeg broja kroničnih oboljenja, izraženijih društvenih nejednakosti i gospodarskih ograničenja. Te su pak pojave posljedica ekonomskih prilika u pojedinoj državi. Vlade stoga moraju preispitati odabir temeljnih vrijednosti kada se postavi pitanje prikladne razine zdravstvene zaštite što je društvo mora financirati. To podrazumijeva određivanje granice društvene odgovornosti i razumne društvene solidarnosti, uključujući i odgovarajuću ravnotežu između društvenih vrijednosti poput autonomije i solidarnosti.

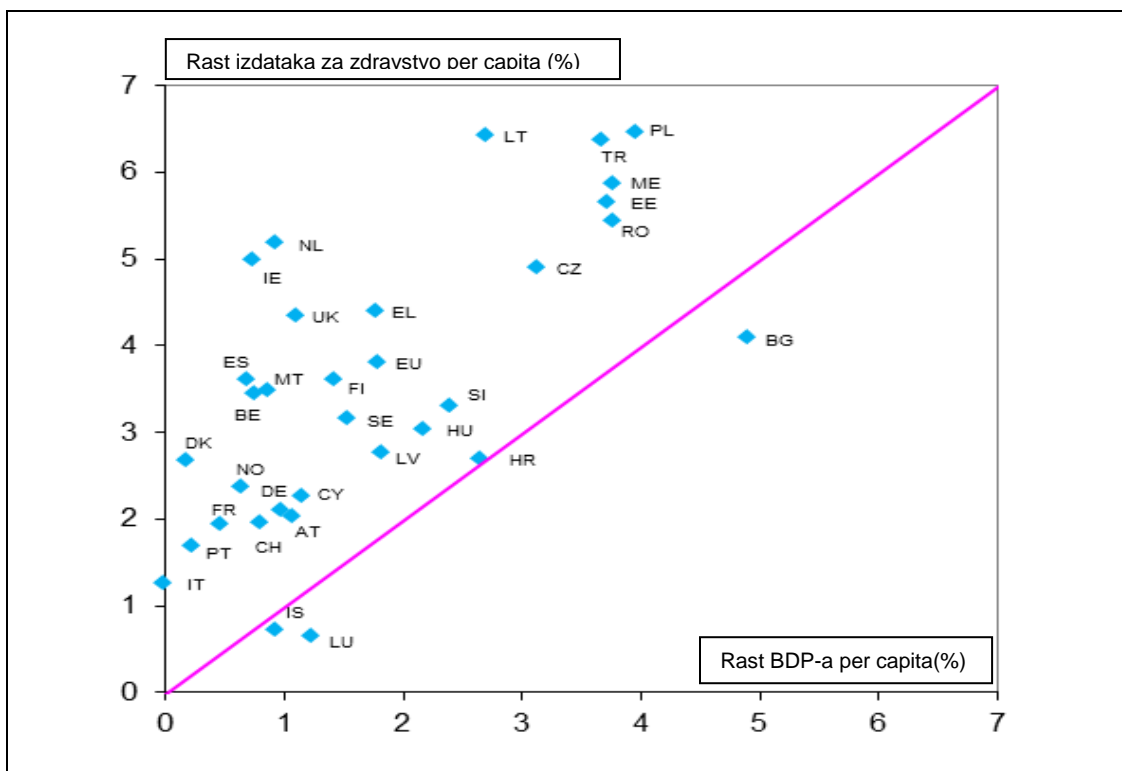
Kada je riječ o pristupu financiranju zdravstvene zaštite, vjerojatno je da će svi zdravstveni sustavi, da bi mogli nastaviti funkcionirati, povećati udio plaćanja pacijenata kako bi se u kontekstu ranije spomenutih pritisaka osigurala jednaka, visoko kvalitetna i sveobuhvatna zdravstvena zaštita. U relaciji odnosa troškova i pristupa zdravstvenim uslugama, nepostojanje financijskih barijera ne znači nužno da sve medicinske usluge moraju biti besplatne u trenutku njihova pružanja, već samo da cijena ne smije onemogućiti pacijentima usluge zdravstvene skrbi koja im je potrebna.

Izdvajanje za zdravlje u svim razvijenim zemljama progresivno se povećava. Primjerice, u Velikoj Britaniji u godinama 1950. i 1951. udio bruto domaćeg proizvoda (BDP) potrošen na Nacionalni zdravstveni sustav (NHS) bio je 4.1%. Taj je omjer 2008. godine dvostruko veći, uz daljnjih 0.7% BDP-a utrošenog na privatne zdravstvene usluge. Godišnji izdaci za zdravstvo po glavi stanovnika variraju širom Europe, u 2006. godini najviši je bio u Luksemburgu i državama EFTA-e sa preko 4,000 eura, dok je u većini drugih članica EU bio ispod 1,000 eura. U svim zemljama najveći dio utrošen je na bolničko liječenje (30-45%), dok su se izdaci za javno zdravstvo kretali od 0 do 3%. U gotovo svim zemljama OECD-a tijekom proteklih 15 godina izdaci za zdravstvo (mjereno udjelom u BDP-u) rasli su brže od gospodarstva

(grafikon 1). Kako je trošak za održavanje zdravstvenog sustava rastao, rasla je i zabrinutost o vrijednosti dobivenoj za novac u tom istom sustavu. Diljem Europe počelo se promišljati o novom redefiniranju vrijednosti i financijskoj učinkovitosti sustava.

Dobivena vrijednost za novac je tema koja prevladava u promišljanju o sustavima zdravstvene zaštite. S jedne strane sve je veći naglasak na određivanju razine koristi, odnosno razine na kojoj su zahvati dovoljno učinkoviti kako bi opravdali financiranje. S druge strane, sve je veća pažnja na pitanju kako dobiti najveću moguću vrijednost iz proračuna za „kupnju“ zdravstvene zaštite. Financijski učinkovita zdravstvena zaštita mora uzeti u obzir utjecaj što ga na širi zdravstveni sustav ima pojedinačni skupi tretman za jednu osobu što može značiti gubitak usluga za veći broj drugih korisnika. U ovom pitanju implicirane su kliničke kao i društvene varijable i procjene. Pitanje je, dakako, do koje mjere društvene vrijednosti trebaju utjecati na odabir tretmana i procjenu cjenovne učinkovitosti.

S druge strane, niska razina apsolutne potrošnje na zdravstvene usluge u mnogim zemljama s niskim ili srednjim prihodima stanovništva značajna je prepreka ostvarenju univerzalnog pokrića troškova zdravstvenog sustava. Premda nadnacionalna pomoć u zemljama razvoju može biti važan katalizator u financiranju puta prema univerzalnom pokriću zdravstvenih troškova, u dužem roku morat će se povećavati privatni izvori sredstava za zdravstvo kako bi se osiguralo predvidivo i održivo financiranje. U nastavku rada daje se pregled metoda stjecanja novih unutarnjih resursa u državama sa nižim i srednjim dohotkom čime bi se omogućio veći priljev sredstava u sektor zdravstva. Ovo uključuje opcije za proširenje opće porezne osnove, kao i trošarine na konkretne potrošne robe ili usluge. Osim što se razlikuju u svojim mogućnostima generiranja resursa, u njihovom razmatranju donosioci odluka moraju uzeti u obzir i niz drugih faktora, poput namjenske raspodjele, utjecaja na siromašne, troškove administriranja te političku provedljivost.



Grafikon 1: *Prosječni realni godišnji rast izdataka za zdravstvo i BDP-a per capita, 2000.-2010.*

Izvor: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

2. Problem zdravstvene zaštite u Europskoj Uniji

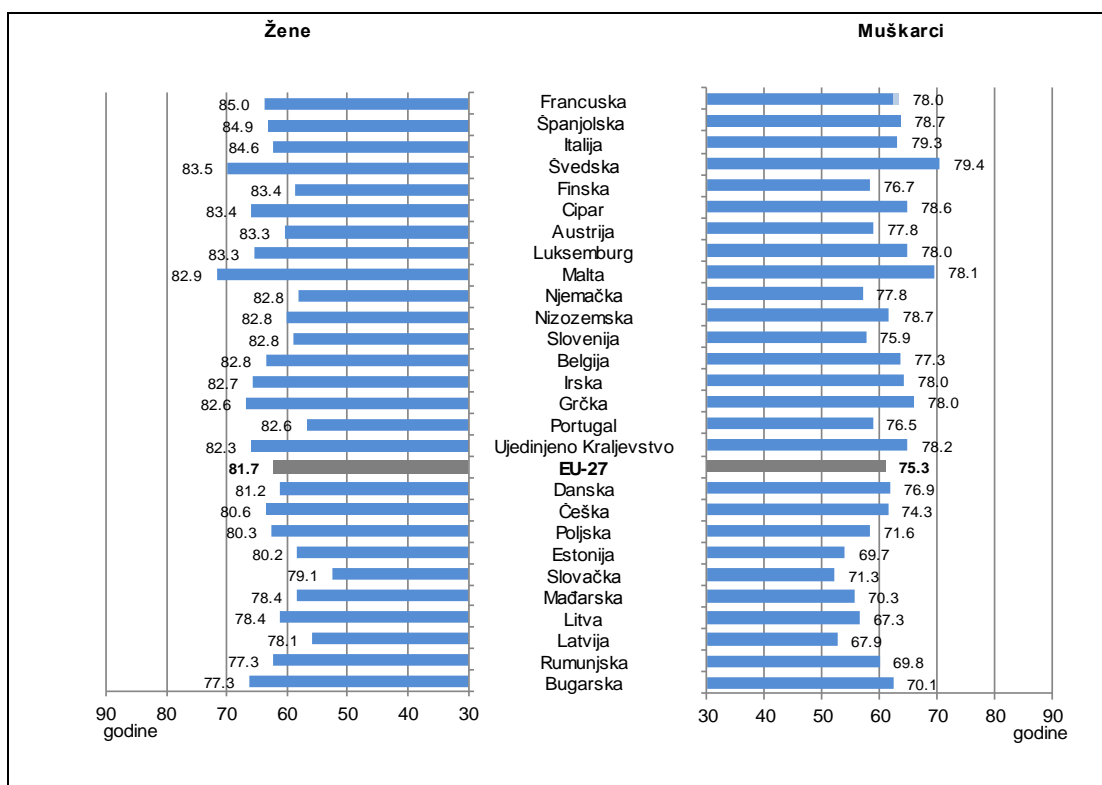
2.1. Demografska slika europske regije

Očekivana životna dob pri rođenju je parametar koji govori koliko bi, u prosjeku, živjeli ljudi određenog demografskog područja, uz određeni skup dobno-specifičnih stopa smrtnosti. Međutim, stvarne dobno-specifične stope smrtnosti bilo koje kohorte novorođenih ne mogu se znati unaprijed. Ako dobno-specifične stope smrtnosti padaju (kao što je slučaj tijekom proteklih desetljeća), stvarni raspon života će, u prosjeku, biti viši od očekivane životne dobi izračunavane sa sadašnjim stopama smrtnosti.

Pojam koji označava broj godina proveden bez ograničenja u provođenju aktivnosti naziva se godine zdravog života (Healthy life years – HLY) i on je ekvivalent očekivanoj životnoj dobi bez invaliditeta. HLY izračunava Eurostat i EHLEIS na godišnjoj razini za svaku državu članicu EU koristeći Sullivanovu metodu.[1] Alat koji se pritom koristi je globalni indikator ograničenja aktivnosti (*Global Activity Limitation Indicator – GALI*). On mjeri ograničenja u uobičajenim aktivnostima, a proizlazi iz ankete Europske unije o prihodu i uvjetima života (*European Union Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC*). Uspoređujući trendove u HLY i očekivane životne dobi može se doći do procjene o tome jesu li dodane godine života doista zdrave godine. Međutim, važeće usporedbe ovise o tome jesu li alati kojima se mjeri zdravlje uistinu usporedivi. Dok HLY predstavlja najkomparabilniji indikator do sada, još uvijek postoje problemi s prijevodom pitanja u GALI-ju, premda se čini da ova anketa na zadovoljavajući način odražava druge mjere zdravlja i invaliditeta.[2]

Očekivana životna dob pri rođenju i dalje se povećava u europskim zemljama, što odražava smanjenje stopa mortaliteta u svim dobnim skupinama. Ovaj dobitak u dugovječnosti može se pripisati nizu faktora, uključujući veći životni standard, poboljšan stil života i bolje obrazovanje, kao i veća dostupnost kvalitetne zdravstvene zaštite. Bolja prehrana, higijena i

uvjeti života također igraju određenu ulogu, posebno u zemljama čije su ekonomije u razvoju. [3]



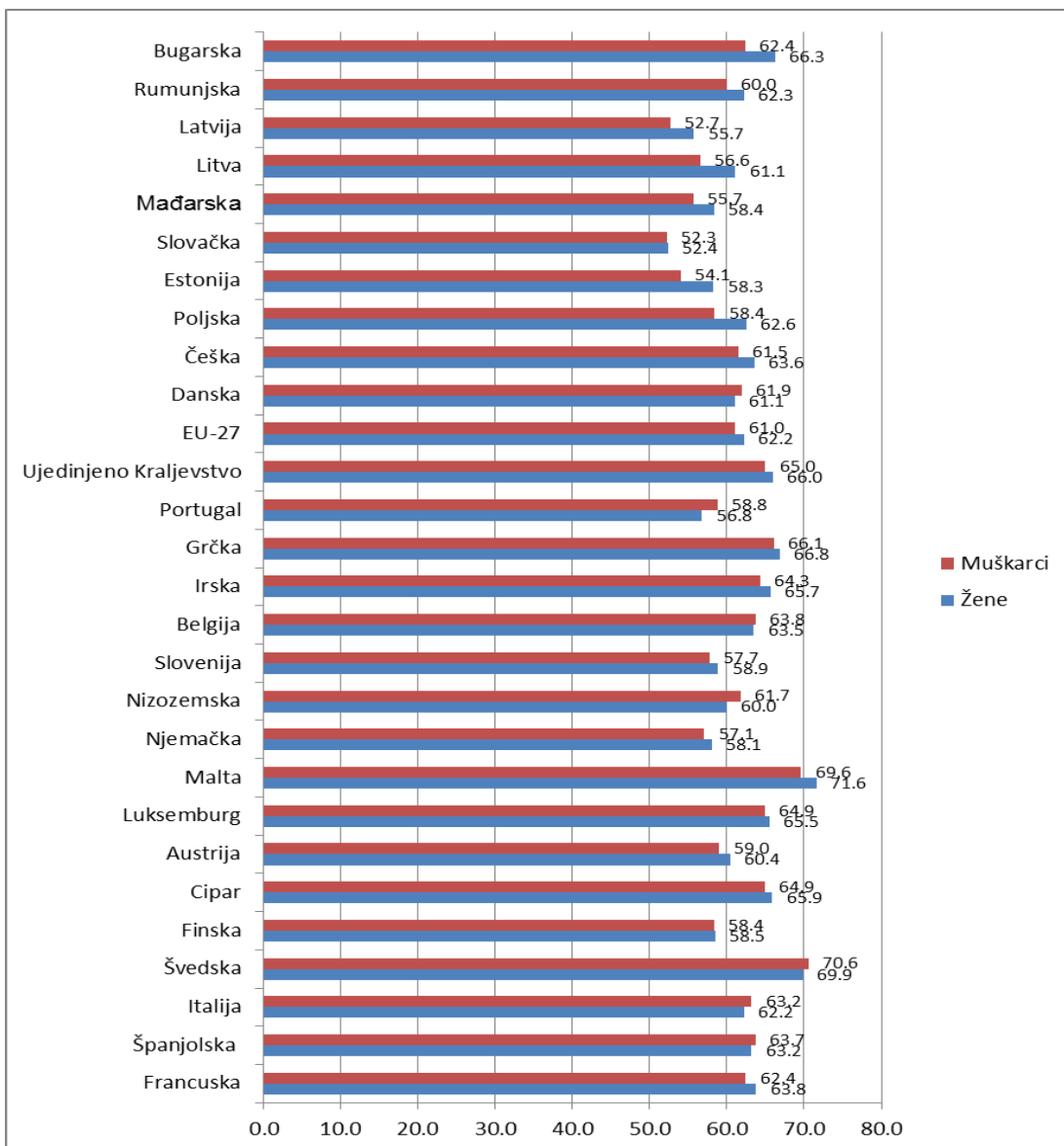
Grafikon 2: Očekivana životna dob pri rođenju, muškarci i žene, prosjek 2008. – 2010.

Izvor: Eurostat Statistics Database; Joint Action European Health and Life Expectancy Information System (JA EHLEIS).

Prosječna očekivana životna dob pri rođenju u 2008. – 2010. godini za 27 zemalja članica Europske unije iznosila je 75.3 godine za muškarce i 81.7 godina za žene (grafikon 2). To je porast od 2.7 godina za muškarce i 2.3 godine za žene u odnosu na razdoblje deset godina ranije. Očekivana životna dob u preko dvije trećine država članica EU prelazi 80 godina za žene i 75 godina za muškarce. Francuska je imala najveću očekivanu životnu dob pri rođenju za žene (85 godina), dok su Bugarska i Rumunjska bile na

začelju sa 77.3 godine. Za muškarce, Švedska je imala najveću očekivanu životnu dob s 79.4 godine, a najniža je bila u Litvi sa 67.3 godine. Trend smanjivanja razlike u očekivanoj životnoj dobi prema spolu u većini zemalja može se pripisati smanjivanju razlika u rizičnom ponašanju između muškaraca i žena (npr. pušenje) te značajnom smanjenju stopa mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti kod muškaraca. Projekcije Eurostata govore da će se očekivana životna dob i dalje povećavati u Europskoj uniji u desetljećima što dolaze i da će u godini 2060. iznositi 84.6 godina za muškarce i 89.1 godina za žene. [4]

U kontekstu povećanja očekivane životne dobi i starenja populacije, kvalitetne godine života (HLY) usvojene su kao važan europski politički indikator koji odgovara na pitanje žive li se godine duljeg života u dobrom zdravlju.[5] Sadašnji vodeći indikator HLY predstavlja mjeru očekivane životne dobi bez invaliditeta. U prosjeku za države članice EU, HLY pri rođenju u godinama 2008. – 2010. iznosio je 62,2 godine za žene i 61 godinu za muškarce (grafikon 3). Najviši je bio na Malti za žene, u Švedskoj za muškarce, a najkraći i za žene i za muškarce u Slovačkoj. Žene na Malti mogu očekivati doživljenje 86% očekivane životne dobi bez ograničenja kod uobičajenih životnih aktivnosti. Za muškarce u Švedskoj, ta vrijednost je još veća i iznosi 89% očekivane životne dobi. U Slovačkoj, svega 66% očekivane životne dobi kod žena, a 73% kod muškaraca je bez ograničenja uobičajenih životnih aktivnosti.



Grafikon 3: Kvalitetne godine života (HLY) pri rođenju, žene i muškarci, prosjek 2008.-2010.

Izvor: Eurostat Statistics Database; Joint Action European Health and Life Expectancy Information System (JA EHLEIS).

Budući da je HLY indikator razvijen tek nedavno, još uvijek ne postoje dugoročne studije. Za razliku od divergencije od 6,4 godine između spolova u prosječnoj očekivanoj životnoj dobi u državama članicama EU, taj raskorak prema HLY indikatoru pri rođenju bio je svega 1,2 godine (mjereno 2008. –

2010. godine). Ovdje je važno spomenuti da je Europsko inovativno partnerstvo za aktivno i zdravo starenje (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*), dio inicijative Europa 2020, postavilo za cilj da poveća prosječnu dob zdravog života za dvije godine do 2020. [6]

Ne smije se zaboraviti da je širok raspon faktora koji utječu na očekivanu životnu dob i HLY. Veći nacionalni dohodak (mjereno kao BDP po glavi stanovnika) općenito se povezuje s višom očekivanom životnom dobi pri rođenju te HLY-em, premda je taj odnos slabije izražen pri višim razinama nacionalnog dohotka. Slično tome, veći izdatak za zdravlje po glavi stanovnika ima tendenciju koreliranja s višim HLY indikatorom, premda su prisutne značajne varijacije u razini izdatka, što potvrđuje da mnogi drugi faktori igraju ulogu u određivanju broja kvalitetno provedenih godina života.

Slijedeći parametar jest očekivana životna dob u 65-toj godini života. Ona je značajno porasla i kod žena i kod muškaraca tijekom proteklih desetljeća u svim zemljama EU. Neki od čimbenika kojima se objašnjavaju rast očekivane životne dobi u 65-toj godini života jesu napredak medicinske znanosti, veća dostupnost zdravstvene skrbi, zdraviji stilovi života i poboljšanje životnih uvjeta prije i nakon što ljudi navršše 65-tu godinu života.

Prosječna očekivana životna dob u 65-toj godini života u razdoblju 2008. do 2010. godine za 27 država članica Europske unije iznosila je 16,5 godina za muškarce i 20,1 godina za žene. U pogledu očekivane životne dobi pri rođenju, Francuska je imala najveću očekivanu životnu dob za žene u 65-toj godini života (23,2 godine), ali također i za muškarce (18,7 godina). Među drugim zemljama, očekivana životna dob u 65-toj godini života bila je najviša u Švicarskoj, kako za žene tako i za muškarce. Očekivana životna dob u 65-toj godini života unutar Europske unije bila je najniža u Latviji za muškarce (13,2 godine) i u Bugarskoj za žene (16,9 godina).

Prosječan rodni raskorak u očekivanoj životnoj dobi u 65-toj godini života u 2008. – 2010 bio je 3,6 godina, što je nepromijenjena vrijednost u usporedbi s godinama 1998. – 2000. Grčka je imala najmanji rodni raskorak od 2 godine, a Estonija najveći od 5,2 godine.

Dobici u dugovječnosti starijih osoba koji su vidljivi u zadnjim desetljećima, u kombinaciji s trendom smanjenja stopa fertiliteta, doprinose stalnom porastu udjela starijih osoba. Postavlja se pitanje je li dulja očekivana životna dob doista praćena dobrim zdravljem i zadovoljavajućim funkcionalnim statusom unutar populacija koje stare. Ovo pitanje ima važne implikacije i po zdravlje populacije ali i za sustave dugoročne zdravstvene skrbi.

Kvalitetne godine života (HLY) u 65-toj godini života u 2008. – 2010. za države članice EU imale su slične vrijednosti za žene kao i za muškarce. Te vrijednosti su iznosile 8,4 godine za muškarce i 8,6 godina za žene. HLY se temelji na pitanju iz GALI ankete, koja je jedan od tri indikatora uključena u Minimalni europski zdravstveni modul (Minimum European Health Module) zajedno s globalnim stavkama samo ocjenjivanja vlastitog zdravlja i kroničnog morbiditeta. Budući da je HLY indikator razvijen tek nedavno, još uvijek ne raspoložemo dugoročnijim istraživanjima.

Odnos između očekivane životne dobi i HLY u 65-toj godini života nije sasvim jasan. Veća očekivana životna dob u 65-toj godini života općenito se povezuje s višim vrijednostima HLY indikatora, premda dulja očekivana životna dob u 65-toj godini života ne implicira nužno više kvalitetnih godina života. Zemlje srednje i istočne Europe imaju niže vrijednosti kako očekivane životne dobi tako i HLY-a, u usporedbi s drugim europskim zemljama.

Očekivana životna dob u 65-toj godini života varira i prema obrazovnom statusu. Kako kod žena tako i kod muškaraca, visoko obrazovani ljudi pokazuju tendenciju da žive dulje (tablica 1a i tablica 1b). [7]

Obrazovanje Zemlja	Žene									
	Dob 30		Dob 40		Dob 50		Dob 60		Dob 70	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
BG Ukupno	48.0	48.3	38.3	38.7	29.1	29.4	20.5	20.8	12.7	12.9
BG Nisko	43.8	44.1	35.1	35.4	27.2	27.4	19.5	19.7	12.4	12.5
BG Srednje	49.4	49.7	39.6	40.0	30.2	30.5	21.4	21.6	13.1	13.3
BG Visoko	51.2	51.4	41.3	41.5	31.5	31.8	22.2	22.6	13.5	13.8
HR Ukupno	50.4	50.6	40.6	40.9	31.1	31.4	22.3	22.6	14.2	14.5
HR Nisko	50.1	51.0	40.8	41.6	30.8	32.3	23.1	23.3	14.4	14.8
HR Srednje	49.8	49.9	40.1	40.1	30.6	30.7	21.8	22.0	13.9	14.2
HR Visoko	53.9	54.1	44.0	44.1	34.3	34.4	24.6	24.7	15.2	15.4
DK Ukupno	51.2	51.5	41.4	41.8	32.0	32.4	23.3	23.6	15.3	15.6
DK Nisko	49.5	49.0	39.9	39.8	31.0	30.9	22.7	22.7	15.1	15.3
DK Srednje	51.8	52.2	41.9	42.5	32.5	33.0	23.7	24.1	15.4	15.8
DK Visoko	52.8	53.6	42.9	43.8	33.3	34.1	24.2	24.9	15.7	16.3
EE Ukupno	49.8	50.4	40.2	40.8	31.0	31.5	22.5	22.9	14.6	15.0
EE Nisko	43.9	45.0	35.2	35.8	27.5	28.3	21.1	21.4	14.2	14.5
EE Srednje	49.0	49.5	39.4	39.9	30.5	30.8	22.3	22.7	14.5	15.0
EE Visoko	53.6	54.0	43.8	44.1	34.1	34.3	24.6	24.7	15.6	15.7
IT Ukupno	54.8		45.0		35.4		26.2		17.6	
IT Nisko	54.0		44.3		34.9		26.0		17.5	
IT Srednje	56.6		46.8		37.0		27.5		18.2	
IT Visoko	56.7		46.8		37.0		27.4		18.1	
HU Ukupno	48.6	49.0	38.9	39.3	29.9	30.3	21.7	22.0	14.1	14.4
HU Nisko	45.6	46.3	36.3	37.0	28.3	28.7	21.0	21.2	14.0	14.3
HU Srednje	50.4	50.6	40.6	40.9	31.5	31.7	23.0	23.2	14.5	14.9
HU Visoko	50.9	51.1	41.1	41.2	31.6	31.7	22.7	22.7	14.5	14.4
MT Ukupno	53.1	53.1	43.3	43.3	33.7	33.6	24.6	24.4	16.0	16.0
MT Nisko	53.0	53.0	43.3	43.2	33.7	33.5	24.6	24.3	16.0	15.9
MT Srednje	52.9	53.5	43.1	43.5	33.1	33.6	24.7	25.1	16.6	16.3
MT Visoko	53.9	54.6	44.3	44.6	34.7	35.2	25.5	25.3	16.9	16.3
PL Ukupno		50.8		41.1		31.8		23.2		15.2
PL Nisko		48.6		39.3		31.0		22.8		15.1
PL Srednje		51.0		41.3		31.9		23.3		15.4
PL Visoko		53.2		43.3		33.7		24.4		15.8
RO Ukupno	48.3	48.6	38.6	38.9	29.4	29.7	20.8	21.1	13.1	13.4
RO Nisko	46.1	46.4	36.9	37.1	28.6	28.7	20.5	20.8	13.0	13.3
RO Srednje	50.0	50.7	40.3	40.9	30.8	31.5	21.9	22.5	13.6	14.0
RO Visoko	50.3	48.7	40.6	39.0	31.1	29.7	22.0	21.0	13.8	13.4
SI Ukupno	52.7	53.1	42.9	43.3	33.4	33.8	24.5	24.8	16.1	16.4
SI Nisko	51.2	51.8	41.8	42.3	32.7	33.0	24.1	24.4	16.0	16.2
SI Srednje	53.3	53.6	43.4	43.8	33.9	34.2	24.8	25.2	16.3	16.6
SI Visoko	54.0	54.3	44.1	44.5	34.4	34.8	25.2	25.6	16.4	16.7
FI Ukupno	53.8	53.9	44.0	44.1	34.6	34.6	25.6	25.7	17.1	17.2
FI Nisko	52.0	51.8	42.6	42.5	33.8	33.7	25.3	25.3	17.0	17.1
FI Srednje	54.0	54.0	44.3	44.3	34.8	34.8	25.7	25.8	17.1	17.3
FI Visoko	54.8	55.2	45.0	45.3	35.4	35.6	26.1	26.3	17.3	17.4
SE Ukupno	53.6	53.8	43.8	44.0	34.2	34.4	25.1	25.3	16.7	16.9
SE Nisko	52.0	52.2	42.6	42.6	33.4	33.4	24.6	24.7	16.6	16.7
SE Srednje	53.6	53.8	43.8	44.0	34.3	34.4	25.1	25.3	16.7	16.9
SE Visoko	54.8	55.0	44.9	45.1	35.2	35.5	25.8	26.1	17.0	17.2
NO Ukupno	53.5	53.7	43.7	44.0	34.2	34.4	25.1	25.3	16.7	17.0
NO Nisko	51.9	52.1	42.4	42.5	33.0	33.1	24.5	24.5	16.5	16.7
NO Srednje	53.8	54.2	44.0	44.4	34.5	34.8	25.4	25.6	16.9	17.2
NO Visoko	55.0	55.0	45.1	45.2	35.4	35.5	26.0	26.2	17.1	17.3

Tablica 1a: Očekivana životna dob prema spolu, dobi i razini obrazovanja, 2007-2008 za odabranu životnu dob-žene

Izvor: prema Eurostat, [demo_mlexpedu]

Obrazovanje Zemlja	Muškarci									
	Dob 30		Dob 40		Dob 50		Dob 60		Dob 70	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
BG Ukupno	41.3	41.6	31.9	32.3	23.4	23.8	16.3	16.6	10.5	10.7
BG Nisko	34.0	33.9	25.9	25.9	19.5	19.6	14.6	14.7	10.1	10.3
BG Srednje	44.1	44.5	34.4	34.9	25.5	25.9	17.6	18.0	10.7	11.1
BG Visoko	47.2	47.4	37.3	37.6	27.6	28.0	19.0	19.2	11.4	11.6
HR Ukupno	44.4	44.6	35.0	35.1	25.9	26.1	18.1	18.3	11.6	11.7
HR Nisko	36.2	37.7	27.6	29.1	20.2	21.4	14.2	15.1	9.8	10.5
HR Srednje	44.4	44.5	35.0	34.9	26.0	25.9	18.1	18.2	11.7	11.8
HR Visoko	50.7	51.0	40.9	41.1	31.1	31.4	21.8	22.0	12.9	13.1
DK Ukupno	47.2	47.5	37.6	38.0	28.5	28.8	20.3	20.4	13.0	13.1
DK Nisko	44.2	44.0	35.2	35.3	26.8	26.8	19.4	19.3	12.7	12.6
DK Srednje	47.5	47.8	37.9	38.1	28.7	28.9	20.4	20.5	13.1	13.2
DK Visoko	49.9	50.4	40.1	40.6	30.5	31.0	21.6	22.0	13.6	13.9
EE Ukupno	39.3	40.5	30.4	31.5	22.4	23.2	15.9	16.4	10.7	11.0
EE Nisko	28.3	30.7	20.9	23.3	14.9	17.0	11.4	13.0	8.3	9.3
EE Srednje	40.2	41.2	31.3	32.1	23.7	24.0	17.3	17.2	11.7	11.4
EE Visoko	47.9	47.7	38.0	38.1	28.6	28.7	19.8	20.0	12.1	12.4
IT Ukupno	49.7		40.1		30.8		22.0		14.2	
IT Nisko	48.0		38.6		29.7		21.4		14.1	
IT Srednje	52.9		43.1		33.4		24.1		15.2	
IT Visoko	53.1		43.2		33.5		24.1		15.1	
HU Ukupno	40.5	41.1	31.2	31.7	23.1	23.4	16.6	16.8	11.0	11.2
HU Nisko	33.1	34.0	24.5	25.2	18.0	18.4	13.7	13.7	10.6	10.8
HU Srednje	43.3	43.7	33.9	34.2	25.7	25.8	19.0	19.2	11.7	12.0
HU Visoko	46.8	47.1	37.0	37.3	27.8	28.0	19.6	19.6	12.0	12.3
MT Ukupno	48.7	48.5	39.1	39.0	29.6	29.7	20.7	20.9	13.1	13.4
MT Nisko	48.3	48.0	38.7	38.7	29.3	29.5	20.5	20.8	13.0	13.3
MT Srednje	49.4	49.4	39.8	39.5	30.2	29.9	20.9	21.8	13.1	13.8
MT Visoko	51.5	51.0	41.7	41.2	31.9	31.6	23.0	21.9	14.1	13.8
PL Ukupno		42.6		33.4		25.1		17.9		11.9
PL Nisko		36.5		28.6		22.3		16.7		11.4
PL Srednje		43.1		33.9		25.3		18.0		12.0
PL Visoko		48.7		38.9		29.5		20.8		13.0
RO Ukupno	41.7	41.6	32.4	32.4	24.1	24.0	17.0	17.1	11.1	11.2
RO Nisko	35.3	35.3	27.0	26.9	20.7	20.6	15.8	15.9	10.7	10.8
RO Srednje	44.3	44.5	34.9	35.1	26.2	26.5	18.7	19.0	11.9	12.0
RO Visoko	45.9	43.4	36.2	33.7	27.0	24.8	18.8	17.1	11.6	11.0
SI Ukupno	45.8	46.5	36.3	37.0	27.4	28.0	19.4	20.1	12.5	12.9
SI Nisko	41.1	42.7	32.6	33.6	24.6	25.3	17.7	18.2	12.1	12.3
SI Srednje	46.2	47.0	36.7	37.4	27.7	28.4	19.5	20.4	12.6	13.1
SI Visoko	50.1	50.0	40.3	40.2	30.7	30.7	21.6	21.9	13.1	13.7
FI Ukupno	47.1	47.6	37.7	38.2	28.8	29.2	20.8	21.2	13.6	14.0
FI Nisko	44.3	44.8	35.7	36.2	27.6	27.9	20.2	20.5	13.4	13.8
FI Srednje	47.0	47.5	37.6	38.0	28.7	29.2	20.7	21.2	13.7	14.0
FI Visoko	50.2	50.8	40.5	41.1	31.1	31.5	22.2	22.7	14.1	14.5
SE Ukupno	49.9	50.0	40.2	40.4	30.8	30.9	22.0	22.1	14.2	14.3
SE Nisko	48.1	48.1	38.8	38.9	29.8	29.9	21.4	21.5	14.0	14.1
SE Srednje	49.9	50.1	40.3	40.4	30.9	31.0	22.1	22.2	14.2	14.3
SE Visoko	51.9	51.9	42.0	42.1	32.4	32.4	23.1	23.1	14.6	14.6
NO Ukupno	49.3	49.4	39.6	39.8	30.3	30.4	21.5	21.6	13.8	13.9
NO Nisko	46.7	46.8	37.4	37.7	28.5	28.6	20.3	20.5	13.4	13.5
NO Srednje	49.5	49.6	39.8	39.9	30.4	30.5	21.6	21.7	13.8	13.9
NO Visoko	51.6	51.7	41.8	41.9	32.1	32.2	22.8	23.0	14.3	14.4

Tablica 1b: Očekivana životna dob prema spolu, dobi i razini obrazovanja, 2007-2008 za odabranu životnu dob-muškarci

Izvor: prema Eurostat, [demo_mlexpededu]

Nedavno provedeno istraživanje pokazalo je da više razine obrazovanja nisu samo povezane s većom očekivanom životnom dobi, nego i sa većom očekivanom dobi bez invaliditeta u 65-toj godini života. I za žene i za muškarce, razlike za očekivanu životnu dob bez invaliditeta bile su veće od razlika proste očekivane životne dobi.[8]

U nekoliko europskih država, zanimanje se koristi kao mjera socio-ekonomskog statusa. Primjerice, u Velikoj Britaniji, u razdoblju od 2002. – 2006. godine 65-godišnjaci klasificirani kao „viša menadžerska razina i stručnjaci“ mogli su očekivati životni vijek 3,5 godina dulji od muškaraca u „rutinskim zanimanjima“. Tijekom prethodna dva desetljeća ovaj raskorak se povećavao. Kod žena, ovaj raskorak je bio sličan i iznosio je 3,2 godine. Prema podacima iz 2003. godine, u Francuskoj 65-godišnjaci koji su imali visoko stručna zanimanja mogli su očekivati životni vijek 3,1 godinu dulji mjereno numerički, a 3,7 godina dulji bez invaliditeta, za razliku od muškaraca koji su bili manualni radnici. Za žene, ove razlike iznosile su 1,7 godina, odnosno 3,2 godine. [9]

2.2. Načini financiranja zdravstvene zaštite u zemljama europske regije Svjetske zdravstvene organizacije

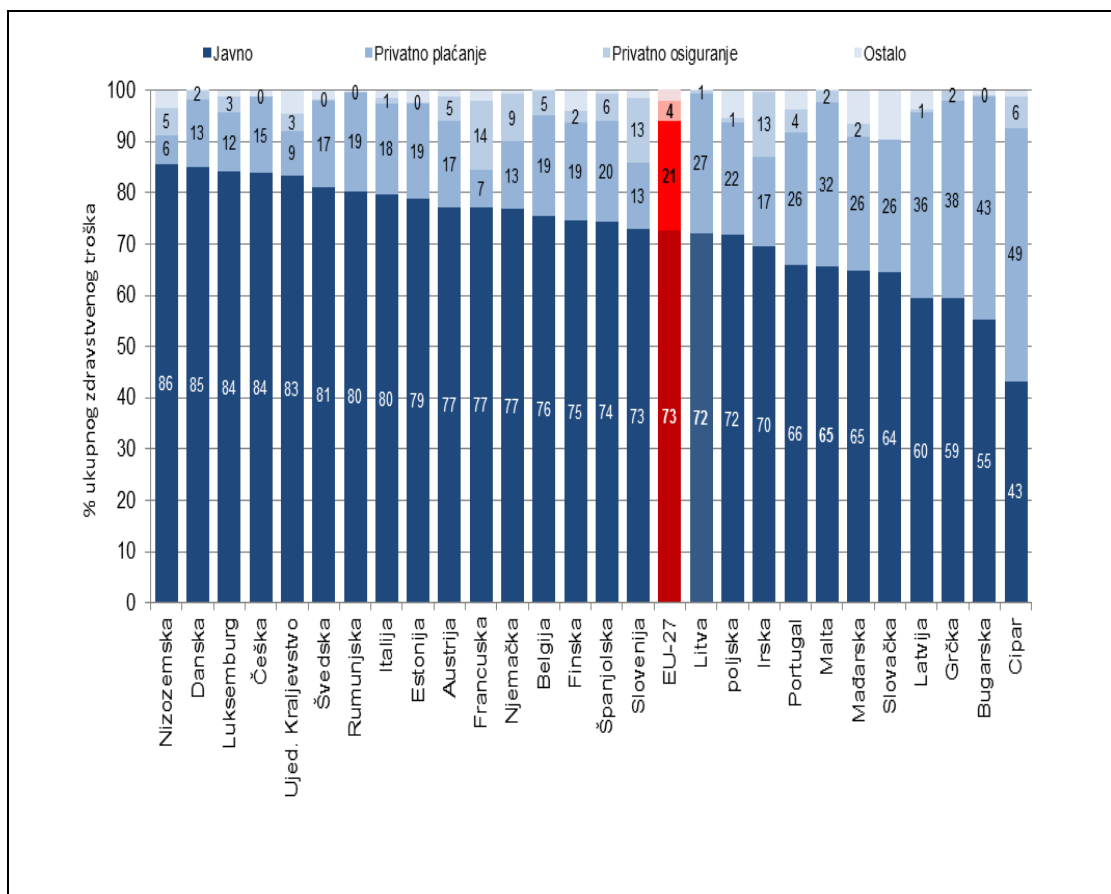
Sustavi zdravstvene zaštite širom svijeta nastoje se suočiti s izazovima koji proizlaze iz populacije koja stari, porasta kroničnih bolesti, eksplozivnog tehnološkog napretka u medicini i očekivanja javnosti. Iako je sve veći udio BDP-a potrošen na zdravlje logičan, pad svjetske ekonomije probudio je zabrinutost oko održivosti postojećeg poretka u području zdravstvene zaštite.

Tri su elementa bitna kada je riječ o financiranju zdravstvene zaštite: izvori financiranja (kućanstva, poslodavci i država), financijske sheme (npr. obavezno ili dobrovoljno osiguranje) i organizacije koje upravljaju financijskim shemama. Ovdje se pojam „financiranje“ koristi u sklopu definicija financijskih shema onako kako su definirane u Sustavu zdravstvenih izračuna.[10] Javno

financiranje uključuje općenito državne prihode i fondove zdravstvenog osiguranja. Privatno financiranje pokriva izravna plaćanja iz sredstava kućanstava, privatno zdravstveno osiguranje i druge privatne fondove (nevladine organizacije i privatne korporacije). Izravna plaćanja su ona koja plaća korisnik osobno u trenutku kada koristi zdravstvene usluge. Ovdje također postoje mehanizmi dijeljenja troškova te (u nekim zemljama) paušalna plaćanja pružateljima zdravstvene zaštite.

Sve europske države koriste mješavinu javnog i privatnog financiranja zdravstvene zaštite. U nekim zemljama, javno plaćanje troškova zdravstva općenito je ograničeno na korištenje državnih prihoda. U drugima u kojima postoji zdravstveno osiguranje, javno financiranje koristi doprinose, kao dodatak općim državnim prihodima. Privatno financiranje zdravstvene zaštite sastoji se od plaćanja od strane kućanstava (bilo samostalnih ili kroz participaciju), kao i od različitih oblika privatnog zdravstvenog osiguranja s ciljem nadomještanja, komplementiranja ili zamjene javnih izvora financiranja. Nadalje, troškovi medicine rada mogu se pokrivati izravno od strane poslodavaca, dok druge zdravstvene usluge mogu biti predmetom donacija od strane dobrotvornih ustanova ili drugih ne-vladinih organizacija.

Javni sektor je glavni izvor financiranja zdravstvene zaštite u svim europskim zemljama osim Cipra (grafikon 4).



Grafikon 4: Izdaci za zdravstvo prema izvoru financiranja, 2010.

Izvor: prema OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

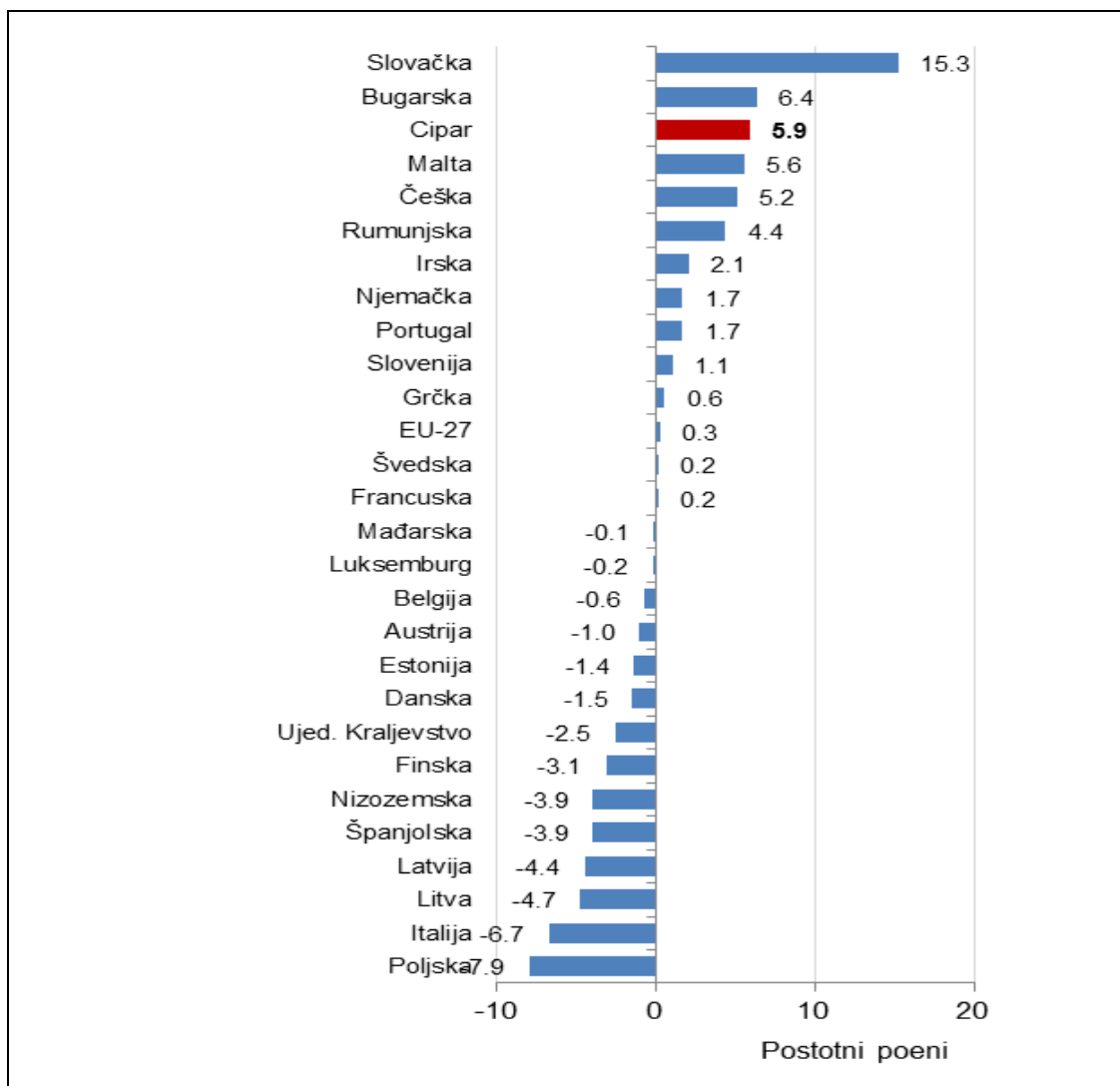
Godine 2010. prosječno je u Europskoj uniji 73% zdravstvenih usluga bilo javno financirano. Primjerice, javne financije pokrivaju preko 80% zdravstvenih troškova u Nizozemskoj, Danskoj, Švedskoj, Luksemburgu, Češkoj, Velikoj Britaniji i Rumunjskoj. Ovaj je udio najniži na Cipru (43%), nakon čega slijede Bugarska, Grčka i Latvija (55 – 60%). Ekonomska kriza imala je učinak na mješavinu javnog i privatnog financiranja zdravstva, budući da je javna potrošnja u mnogim zemljama ograničena ili eliminirana zbog posljedica recesije.

Premda je javno financiranje glavni izvor sredstava za troškove zdravstvene zaštite u gotovo svim europskim zemljama, to ne znači da javni

sektor ima dominantnu ulogu u financiranju svih zdravstvenih usluga i dobara.

U prosjeku, širom Europske unije, javni sektor pokriva mnogo veći omjer troškova medicinskih usluga u usporedbi s medicinskim proizvodima (prvenstveno farmaceutskim preparatima). Javni fondovi pokrivaju preko 80% troškova zdravstvenih usluga, u usporedbi s nešto iznad 50% za medicinske proizvode. U Rumunjskoj, javno financiranje pokriva preko 90% troškova medicinskih usluga, ali svega oko 40% troškova medicinskih proizvoda. Njemačka, Luksemburg i Nizozemska jedine su države u kojima država pokriva troškove medicinskih proizvoda u iznosu od preko 70%.

Nakon javnog financiranja, glavni izvor financiranja zdravstvenih izdataka su gotovinska plaćanja. U 2010. godini udio gotovinskih plaćanja bio je najviši na Cipru, u Bugarskoj i Grčkoj. Najniži je u Nizozemskoj (6%), Francuskoj (7%) i Velikoj Britaniji (9%). Udio gotovinskog plaćanja uvećan je u proteklom desetljeću u oko polovici država članica EU, dok je drugoj polovici snižen. Slovačka je zemlja s najvećim porastom udjela plaćanja zdravstvenih troškova izravno iz kućanstva, i taj porast iznosi preko 15% u desetogodišnjem razdoblju između 2000. i 2010. godine (grafikon 5). Ovo povećanje je rezultat povećanja participacije na prepisane lijekove, veće potrošnje kućanstava na lijekove koji se ne izdaju na recept, povećanog korištenja usluga privatnih klinika i neformalnog plaćanja javnim pružateljima zdravstvenih usluga. [11]



Grafikon 5: Promjena u udjelu gotovinskih izdataka u ukupnim zdravstvenim izdacima u razdoblju od 2000. do 2010. godine

Izvor: prema OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

U nekim zemljama pogođenim ekonomskom krizom, javno plaćanje određenih usluga smanjeno je proteklih godina, a istovremeno je veći dio tereta plaćanja premješten na teret kućanstva. U kratkoročnom i srednjoročnom razdoblju mnoge siromašnije zemlje trebat će značajnu inozemnu pomoć. Premda bogatije zemlje kanaliziraju neke od svojih resursa u razvoj zdravstvenih sustava u siromašnim zemljama, inozemna pomoć ima

svoje granice. Premda pomoć u svrhu razvoja može biti važan katalizator da slabije razvijene zemlje same krenu putem zdravstva dostupnog za sve, lokalni resursi za zdravstvo morat će se povećati gledano na dulji rok kako bi se osiguralo predvidivo i održivo financiranje. Danas, premda nekoliko zemalja na globalnoj razini u velikoj mjeri ovisi upravo o inozemnoj financijskoj pomoći, u prosjeku uzevši vanjski resursi predstavljaju manje od 25% ukupnih troškova za zdravstvo u zemljama s niskim prihodima. Ostatak dolazi iz domaćih izvora.

U svim zemljama prisutno je svojevrsno natjecanje različitih gospodarskih sektora za financijske prihode. Tako se zemlje u principu i razlikuju u pogledu naglaska koji je stavljen na državni doprinos različitim sektorima, što je vidljivo iz tablice 2. U prosjeku, državni trošak za zdravstvo predstavlja oko 11% ukupnog državnog troška, što je značajno manje od izdataka za obrazovanje (15,9%).[12]

Prihod države	Izdvajanje za zdravstvo	Izdvajanje za obrazovanje	Izdvajanje za vojsku
Visok	14.0%	13.5%	6.9%
Viši srednji	12.0%	14.5%	5.5%
Niži srednji	13.8%	17.3%	5.1%
Nizak	13.7%	17.6%	4.9%
Ukupno		15.9%	6.9%

Tablica 2. *Ukupno prosječno izdvajanje države po odabranim sektorima (izraženo kao % ukupnih državnih izdataka)*

Izvor: SZO 2008, www. sipri.org, 2008, UNESCO razdoblje 2006.-2008.

Obzirom da je neupitna činjenica kako sustav financiranja zdravstvene zaštite ima ograničenja u resursima iz kojih mu pristižu novčana sredstva, uz rastuće zahtjeve sve većeg broja korisnika, u nastavku se rad usredotočuje na pregled različitih mogućnosti aktiviranja unutarnjih resursa financiranja

zdravstvene zaštite, zajedno sa svim razlozima „za“ i „protiv“ koji se nalaze u znanstvenoj i drugoj relevantnoj literaturi.

3. Analiza problema

Kod država s niskim dohotkom ključni je izazov potraga za izvorima financiranja. Iz perspektive financiranja zdravstva, izazov je dvostruki: kako povećati ukupne državne prihode (jer to znači više sredstava za zdravstvo, čak i ako relativni dio koji ide zdravstvu ostaje isti) te kako prikupiti nova sredstva koja bi mogla ići izravno za zdravstvo. Radna skupina Inovativnog međunarodnog financiranja zdravstvenih sustava osnovana je u rujnu 2008. godine, pod predsjedanjem tadašnjeg premijera Ujedinjenog Kraljevstva Gordona Browna i predsjednika Svjetske banke Roberta Zoellicka, te se fokusirala na pronalaženje inovativnih mehanizama financiranja kako bi se ojačali zdravstveni sustavi u najsiromašnijim državama svijeta. U izvješću "Više novca za zdravstvo i više zdravlja za novac" [13], objavljenom u lipnju 2009. godine, radna skupina je, između ostalog, preporučila istraživanje tehničke održivosti solidarnih nameta poput poreza na duhanske proizvode. U ovom radu pažnja je usmjerena na nove domaće izvore financiranja u državama s niskim i/ili srednjim prihodima koji bi omogućili veći priljev sredstava za financiranje zdravstvene zaštite. To uključuje mogućnosti povećanja opće porezne osnovice, ali i nameta na posebnu potrošnu robu ili sektore. Razlog zašto se mnoge opcije nazivaju "inovativnim" upravo je zbog njihove ograničene primjene sve do danas.

Pretraživanjem stručne i znanstvene ekonomske literature u radu će biti prikazani različiti modeli financiranja zdravstvene zaštite iz dodatnih izvora financiranja te njihove prednosti i nedostaci prikazani temeljem iskustava država u kojima su primijenjeni. Iz razloga što je riječ o državama različitog geografskog smještaja, političkog i društvenog uređenja te ekonomskog razvoja, ovaj dio rada prikazuje temu na globalnoj razini da bi se mogli prikazati svi modeli i različiti izvori dodatnog financiranja zdravstvene skrbi. U nastavku slijedi pregled potencijalnih mehanizama inovativnog financiranja, sažeto prikazanih u tablici 6 na kraju ove cjeline.

3.1. Oporezivanje nezdravih navika

Neki se proizvodi i aktivnosti u društvu smatraju društveno nepoželjnim i/ili značajno doprinose smanjenju blagostanja zajednice. Porezi za takve proizvode obično se nazivaju "porezi na grijeh" – nazvani tako jer konzumiranje sredstava ovisnosti kao što su duhan ili alkohol neki smatraju nemoralnim. Konzumiranje duhana, alkohola i nezdrave hrane povećava troškove zdravstvene zaštite za dijabetes, rak i drugih kroničnih bolesti koje nameću značajne troškove zdravstvenim sustavima. Više od 10% globalnog tereta bolesti povezano je s bolestima vezanim uz alkohol, duhan i nezdravu hranu. Posljedično tome, značajan iznos javnih i privatnih sredstava mora biti utrošen za liječenje bolesti uzrokovanih takvim ponašanjem. Kada se zajednička zdravstvena skrb financira kroz nacionalne sustave zdravstvenog osiguranja gdje se sakupljaju sredstva kako bi se podijelio rizik, značajni popratni troškovi nameću se cijeloj populaciji, što opravdava oporezivanje. Uvođenje ili povećanje trošarina na proizvode koji predstavljaju rizik za zdravlje odavno se smatra jednim od ključnih mehanizama kojim se mogu osigurati dodatni prihodi te se iskoristiti za zdravstvene (ili druge) socijalne programe. Ovi 'porezi na grijeh' sigurno nisu novi ili inovativni. Barem za duhan i alkohol, oni već postoje u većini država u svijetu. Trenutno, neke države razmatraju mogućnosti uvođenja novih posebnih poreza na nezdrave namirnice poput slastica i slatkih napitaka (npr. Norveška, Rumunjska i SAD).

Dok su porez na šećer ili masti relativna novost, čini se da je za povećanje stope trošarine za duhanske proizvode i alkohol ostalo još prilično prostora. Trošarine se može temeljiti na količini (primjerice određeni iznos poreza po kutiji cigareta) ili na temelju vrijednosti ili cijeni (npr. kao postotak cijene opskrbe proizvođača). S javnozdravstvenog stajališta, porezi na grijeh višestruko su učinkoviti jer je utvrđeno da utječu na smanjenje rizičnog zdravstvenog ponašanja (zbog spremnosti alkoholičara ili pušača da smanje potražnju zbog povećanja cijena) [14] uz istovremeno povećavanje državnih prihoda. Argumenti protiv takvih poreza uključuju potencijalno povećanu

razinu krijumčarenja i sive ekonomije ili proizvodnje na crnom tržištu kao i njihovu regresivnu prirodu (tj. uglavnom imaju proporcionalno veći utjecaj na potrošače s nižim prihodima).

Samo zato što izvor tih poreznih prihoda proizlazi iz ponašanja potencijalno štetnih po zdravlje, ne znači nužno da će se ta ista sredstva uložiti natrag na sprječavanje ili liječenje njima uzrokovanih zdravstvenih poremećaja. Dakle, iako se na poreze na grijeh često gleda kao na podskup namjenskog poreza, u mnogim državama sredstva su raspodijeljena u širokom rasponu programa (favorizirani pristup Ministarstva financija koje želi zadržati fleksibilnost raspoređivanja sredstava prema svojim potrebama).

3.1.1. Trošarine na duhanske proizvode

Većina država već ima trošarinu na duhan. Kakva bi se dodatna razina financiranja mogla omogućiti za zdravstvo kad bi vlade povećale stopu trošarine (za 50%) te kad bi se postojeći prihodi u cijelosti dodijelili zdravstvu? Pretpostavljena je cjenovna elastičnost potražnje od 6%, što znači da povećanje cijena od 10% dovodi do smanjenja potrošnje od 6%. To je u srednjem rasponu od objavljenih procjena za države s niskim i srednjim dohotkom. [15]

U primjeru za dvadeset i dvije od 49. država klasificiranih prema Svjetskoj banci kao države s 'niskim dohotkom' (2009.), trenutne trošarine imaju raspon od 11% do 52% od maloprodajne cijene najprodavanije marke cigareta. Nominalno, iznos trošarina varira od 0,03 do 0,51 američkih dolara po kutiji. Skupni prihodi od tih poreza procjenjuju se na 2,85 milijardi američkih dolara. Povećanje trošarine za 50% donijelo bi ukupno 1,42 milijardi dolara u sve promatrane dvadeset i dvije države s niskim dohotkom.

Mnoge države širom svijeta prema naplaćenim se trošarinama odnose kao prema općim državnim prihodima o čijoj namjeni odlučuje Ministarstvo financija. Druge države namijenile su dio ili sve svoje prihode od poreza na

duhanske proizvode zdravstvenom sektoru, a neke druge namijenile su te iste prihode isključivo za kontrolu zdravstvenih posljedica uzrokovanih potrošnjom duhanskih proizvoda. Primjerice, Bugarska od prihoda od poreza na duhanske proizvode izdvaja 1% za zdravstveni sektor u cjelini.

3.1.2. Trošarine na alkohol

Kao i kod poreznih prihoda od duhanskih proizvoda, povećan ili bolje naplaćeni porez na potrošnju alkoholnih pića ima potencijal povećati raspoložive izdatke za zdravstvo (dok istovremeno smanjuje štetne posljedice prekomjerne uporabe alkohola zbog smanjenja potražnje koja je rezultat povećanja cijene poreza). Te štetne posljedice pretjeranog konzumiranja alkohola ne snose samo potrošači, nego i njihove obitelji i zajednice u obliku nasilja i kriminala, prometnih nesreća i oslabljene radne sposobnosti. Takvi negativni učinci gomilanja popratnih troškova pružaju snažan gospodarski razlog za državnu intervenciju i djelovanje. Trenutačno, stope trošarina vezane za konzumaciju alkohola veoma variraju ovisno o državi i ovisno o vrsti pića. Primjerice, broj država članica EU koje proizvode vino trenutačno ostvaruju svoje pravo oporezivanja vina na minimalnoj dopuštenoj razini od nula posto, dok stopa trošarina destiliranih alkoholnih pića najčešće čini više od polovice maloprodajne cijene. Za prikaz procjene i odgovora na pitanje do koje mjere trošarine pridonose trenutačnoj ili ciljnoj cijeni alkohola, detaljne informacije (prikupljene u razdoblju od 2008. do 2009. Godine) pruža Globalno istraživanje o alkoholu i zdravlju Svjetske zdravstvene organizacije (Global Information System on Alcohol and Health) [16] koje se odnosilo na:

- potrošnju po odrasloj osobi (prilagođenu za stopu neevidentirane potrošnje, koja je korištena kao zamjena za neoporezivu potrošnju),
- raspodjelu potrošnje – tj. tržišni udio - po tri kategorije alkoholnih pića (pivo, vino i žestoka pića),

- oporezive stope i lokalne cijene za vrste pića (odražava ponderirani prosjek najpopularnijih i najprodavanijih premium marki).

Podaci dobiveni navedenim istraživanjem korišteni su za dobivanje ponderirane procjene maloprodajne cijene jedne litre čistog alkohola (u američkim dolarima), uključujući i dio koji pripada trošarinama a potom su poslužili za procjenu financijskih i zdravstvenih učinaka podizanja razine trošarina na najmanje 40% od maloprodajne cijene za sve vrste pića. Takva stopa trošarine na alkoholna pića blizu je maksimuma koji je trenutno na snazi (za sve vrste alkoholnih pića zajedno), ali je još uvijek na neki način manja od ciljane ili čak trenutačne stope poreza na duhanske proizvode.

Podaci prikazani u tablici 3. pokazuju stanje u 42 zemlje grupirane prema iznosu godišnje potrošnje po glavi stanovnika odrasle dobi (niska < 5 litara, srednje velika 5-10 litara i velika potrošnja >10 litara) te prema podacima Svjetske banke o razini godišnjih primanja po glavi stanovnika (niski, srednji i visoki prihodi). Lista zemalja navedena je u tablici 3. U navedenim zemljama prosječna prodajna cijena po litri čistog alkoholnog pića iznosila je 62 američka dolara, a raspon cijena kretao se od 40 u zemljama niskih primanja do 83 američka dolara u zemljama visokih primanja. Prosječno, porez na alkoholna pića iznosio je 20% maloprodajne cijene a njegov je udio u cijeni rastao s razinom kategorije zemalja po prihodima.

Kategorija potrošnje/ prihoda	Broj zemalja	Trenutna cijena i porez po litri čistog alkohola		
		Maloprodajna cijena USD	Iznos poreza USD	Udio poreza u cijeni
<u>Razina potrošnje alkoholnih pića</u>	13	\$ 57.38	\$ 11.85	19%
Niska (< 5 litara per capita)	10	\$ 68.73	\$ 18.19	21%
Srednja(5-10 litara per capita)	19	\$ 60.39	\$ 12.04	19%
Visoka (> 10 litara per capita)	12	\$ 40.26	\$ 5.19	14%
	12	\$ 49.86	\$ 9.35	20%
<u>Podjela prema prihodima</u>	18	\$ 83.29	\$ 21.67	23%
Niski prihodi	42	\$ 61.44	\$ 13.44	20%
Srednje visoki				
Visoki				
All countries				

Tablica 3. *Struktura cijene i poreza po litri čistog alkohola raspodijeljeno prema prihodima i potrošnji pojedinih grupa zemalja*

Izvor: prema podacima SZO

Literaturni izvori navode da bi povećanje poreza na alkoholna pića najmanje do 40% udjela u cijeni dovelo do promjene u potrošnji i promjene u prihodima. S druge strane, u državama s poreznim stopama na alkohol iznad te razine npr. u Norveškoj, gdje se destilirana rakija oporezuje po stopi od 70% od maloprodajne cijene, nije došlo do nikakvih promjena.

Rezultati za 42 države diljem svijeta (tablica 4) s različitim indeksom potrošnje i razinama dohotka ukazuju na to da bi čak i nakon dopuštene smanjene potrošnje, porezni prihodi od trošarina znatno porasli (za 80%, od 43 milijarde na 77 milijardi američkih dolara).

Država	Kategorija prema razini primanja per capita	Konsumacija per capita
Australija	Visoka	Visoka
Bejelorusija	Gornja srednja	Visoka
Belgija	Visoka	Visoka
Benin	Niska	Niska
Burkina Faso	Niska	Srednja
Burundi	Niska	Visoka
Čile	Gornja srednja	Srednja
Hrvatska	Visoka	Visoka
Češka	Visoka	Visoka
DR Kongo	Niska	Niska
Eritreja	Niska	Niska
Estonija	Visoka	Visoka
Etiopija	Niska	Srednja
Francuska	Visoka	Visoka
Gambia	Niska	Niska
Ghana	Niska	Srednja
Mađarska	Visoka	Visoka
Island	Visoka	Srednja
Indija	Donja srednja	Niska
Irska	Visoka	Visoka
Latvija	Viša srednja	Visoka
Litva	Viša srednja	Visoka
Mongolija	Niža srednja	Niska
Mozambik	Niska	Niska
Mianmar	Niska	Niska
Nizozemska	Visoka	Visoka
Niger	Niska	Niska
Norveška	Visoka	Srednja
Poljska	Gornja srednja	Visoka
Portugal	Visoka	Visoka
Republika Koreja	Visoka	Visoka
Srbija	Gornja srednja	Visoka
Singapur	Visoka	Niska
Slovenija	Visoka	Visoka
Sri Lanka	Niža srednja	Niska
Švedska	Visoka	Srednja
Trinidad i Tobago	Visoka	Niska
Turska	Gornja srednja	Niska
Ujedinjeno Kraljevstvo	Visoka	Visoka
Ujedinjena Republika Tanzanija	Niska	Srednja

Tablica 4. Kategorizacija zemalja prema prihodima i konzumiranju alkoholnih pića po glavi stanovnika

Izvor: prema podacima SZO

Izražena kao dio ukupne trenutne potrošnje na zdravlje, upravo bi države s nižim prihodima imale više koristi (dodatni prihodi iznosili bi 38% ukupne tekuće potrošnje za zdravstvo) a porez na alkoholna pića u iznosu od najmanje 40 % maloprodajne cijene doveo bi i do smanjene potrošnje, što mu i jest glavni cilj (tablica 5).

Kategorija (potrošnja/ prihodi)	Broj zemalja	Procijenjeni prihod od porasta poreza (\$ milijuna)	
		Trenutna stopa	Povišenje na najmanje 40% maloprodajne cijene
<u>Razina potrošnje alkoholnih pića</u>			
Niska (< 5 litara per capita)	1	-	-15%
Srednja(5-10 litara per capita)	3	8%	-16%
Visoka (> 10 litara per capita)	1	-	-22%
	0	5%	
	1	-	
	9	6%	-11%
			-19%
			-23%
<u>Podjela prema prihodima</u>	1	-	
Niski prihodi	2	4%	-18%
Srednje	1	-	
visoki	2	9%	
Visoki	1	-	
	8	6%	
	4	-	
All countries	2	6%	

Tablica 5. Promjene u količini konzumiranog alkohola nakon povećanja poreznih davanja od najmanje 40% maloprodajne cijene

Izvor: prema podacima SZO

Prema tome, postoje osnovani argumenti da se radi fiskalnih i javnih zdravstvenih razloga povećaju trošarine na alkohol. Trošarine predstavljaju

učinkovit mehanizam kojim se potražnja za alkoholom i štetne posljedice njegove prekomjerne uporabe može iskoristiti prilikom stvaranja dodatnih domaćih izvora financiranja koje može se potom usmjeriti za zdravstvene ili druge važne socijalne programe.

3.1.3. Trošarine na namirnice koje pridonose nezdravoj prehrani

Porezi na nezdravu hranu, poput one s visokim udjelom soli, masti i šećera pod povećanom su pozornošću, posebno u državama s visokim i srednjim dohotkom, gdje su pretilost i nezarazne bolesti rastući zdravstveni problemi sa značajnim teretom u zdravstvenom proračunu. Rezolucija WHA57.17 Svjetske zdravstvene organizacije preporučuje da države članice razmotre fiskalne mjere, ali da pritom ne zakidaju ranjivu populaciju. [17] Cilj poreza na odabranim prehrambenim proizvodima koji se ponekad nazivaju "porezi na masti", jest da se poveća cijena nezdravih namirnica u odnosu na zdrave namirnice ili sastojke, čime se potiče potrošače da se prebace na zdrave alternative. Relativno mali porez na nezdravu hranu, npr. gazirana pića koja sadrže šećer (ili "bezalkoholna pića") te proizvode s visokim udjelom soli, do sada je nametnut u Australiji, Kanadi, Finskoj, Norveškoj i u nekim državama SAD-a. Iako postoje iskustva iz navedenih zemalja, potrebno je detaljnije istražiti učinke takvih poreza i njihove moguće posljedice na ugrožene populacije, a države s niskim i srednjim dohotkom trebaju pobliže razmotriti potencijalnu korist od provedbe mehanizama za smanjenje nezdravih prehrambenih navika dok istovremeno stvaraju dodatne prihode. Dostupna literatura otkriva da predviđeni učinci na zdravlje variraju ovisno o ciljanim vrstama namirnica, stopi poreza i karakteristikama potrošača. [18] [19]

Slično kao u slučaju duhana i alkohola, potražnja za slatkom i slanom hranom čini se prilično neelastična kad su promjene cijena male, što bi

značilo da porez mora dostići značajnu razinu prije nego što dođe do promjene ponašanja potrošača. [20] [21]

Nordstrom i Thunström (2009.) u svojoj analizi prikazuju reforme koje bi bile neutralne za prihod švedske vlade. [22] Ustanovili su da, ako se izdvoji pozamašna subvencija (50,0 %) na zdravu hranu, porez na hranu bogatom kalorijama i mastima trebao bi se povećati na 114%, što u Švedskoj odgovara razini sličnoj porezu na duhanske proizvode. Također su simulirali lakše politički izvedivu reformu, gdje dokazuju da se ukidanje poreza na dodanu vrijednost na zdrave proizvode može financirati od PDV-a na proizvode bogate kalorijama i mastima od 34%. Većina studija o porezima na hranu do sada su bile usmjerene na ponašanje potrošača, ponekad izlažući na prvo mjesto predviđene zdravstvene ishode koji proizlaze iz promjena u ponašanju. Norveška je jedna od rijetkih država koja dodatno oporezuje šećer i čokolade.

Studija Gustavsen et al otkrila je da je nametanje većeg PDV-a na gazirana zaslađena pića, slatkiše i sladoled u Norveškoj (od 14,0% do 25,0%) mogla donijeti dodatnih 846 milijuna norveških kruna u 2005. godini (ekvivalent za 131 milijun američkih dolara ili dodatnih 1,0% povećanja državnih izdataka na zdravstvo). Međutim, ovo povećanje prihoda nije bilo dovoljno za financiranje pratećeg uklanjanja PDV-a na zdrave skupine hrane kao što su voće, povrće i riba. [23]

Još nekoliko studija provedeno je u Sjedinjenim Američkim Državama, s posebnim ciljem proučavanja gaziranih napitaka koji sadrže šećer. [24] Jedno je istraživanje utvrdilo da bi tzv. „penny-per-ounce“ trošarina mogla podići prihode za otprilike 1,2 milijarde američkih dolara samo u državi New York, dok je druga studija za američku saveznu državu Maine ustanovila da bi porez od 10% na zaslađena gazirana pića mogao donijeti prihode od dodatnih 31,4 milijuna dolara na godinu. [25] [26]

Kritičari poreza na masti, sol i šećer naglašavaju da je potrebno pažljivo analizirati potencijalne učinke, odnosno da djelotvornost može biti ograničena ukoliko poreze ne prati sveobuhvatni program zdravstvenog odgoja u području zdrave prehrane. [27]

Valja također imati na umu da su ovi porezi regresivni jer nameću nerazmjerni teret na kućanstva s niskim dohodima. U isto vrijeme, ta bi kućanstva mogla ostvariti značajniji zdravstveni napredak mijenjanjem svojih potrošačkih navika. Još jedan problem s oporezivanjem prehrambenih skupina jest odlučiti koje bi namirnice trebalo oporezivati, a koje osloboditi poreza te treba li oporezivati određene "kategorije" prehrambenih proizvoda (kao što su gazirana zaslađena pića, bomboni, grickalice s visokim sadržajem soli i brza hrana s visokim udjelom masti), spram proizvoda koji sadrže određene hranjive tvari. [28]

Posljedice uvođenja poreza na jednu hranu ili hranjivu tvar mogu imati neželjene učinke u obliku npr. smanjenja potrošnje hrane bogate vlaknima. [24] [29]

Optimalno, kako bi se smanjili regresivni učinci poreza na šećer ili masti, isti bi trebao biti popraćen subvencijama na zdraviju hranu ne bi li se time uspjela potaknuti promjena navika pa tako i promjena u potrošnji. [30]

Pregled utjecaja cijena hrane na ponašanje i život potrošača otkriva da gazirana zaslađena pića predstavljaju rješenje za porezne politike javnog zdravlja, obzirom na njihov negativni učinak na zdravlje i trenutno nisku razinu oporezivanja. [31] Gazirani napitci koji sadrže šećer dokazano imaju relativno visoku elastičnost u odnosu na opće prehrambene proizvode s visokim udjelom masti i šećera, što znači da bi potrošači smanjili potrošnju ako bi cijene narasle, a to između ostalog, može u konačnici povoljno utjecati na zdravlje. [32]

Uz hranu kao osnovno potrošno dobro, kreatori porezne politike ipak bi morali biti oprezni kada razmatraju uvođenje ove vrste poreza. Jedan argument u korist niske stope poreza za odabrane prehrambene proizvode jest da su politički izvedivi i da na široj bazi mogu utržiti značajniji prihod.

Sve u svemu, ovo je područje koje traži dodatna istraživanja za utvrđivanje konkretnih dobrobiti od oporezivanja raznih proizvoda, s obzirom na zdravstvene prednosti i generiranje potencijalnih prihoda. Posebno su rijetka istraživanja ovog tipa u državama s niskim i srednjim prihodima, a ne

smije se pri tome izostaviti potrebu da buduća istraživanja trebaju iskazati procjenu utjecaja na ranjive populacije kao dio dobivenih rezultata.

3.2. Oporezivanje financijskih transakcija (financijski instrumenti)

3.2.1. Nameti na valutne transakcije

Mnoge različite vrste poreza i nameta na financijske transakcije zapravo već postoje, i to ne samo u državama s visokim dohotkom. Ti su nameti na meti kritičara koji smatraju da takvi porezi predstavljaju prepreku za trgovinu i narušavaju transakcije. Ipak, oni su potencijalni izvori znatnog prihoda koji se može koristiti u svrhu financiranja zdravstvene zaštite. Oporezivanje valutnih transakcija samo je jedan oblik poreza financijskih transakcija. Mnoge su države uvele široku paletu drugih mehanizama oporezivanja koje su usmjerene na druge vrste financijskih transakcija.

Primjena poreza na dugovanja provedena je u nekoliko država Latinske Amerike, primjerice Argentina oporezuje kredite po tekućim računima građana i dugovanja bankama već od 2001. godine; prema izvješćima, taj je porez između 2006. i 2008. godine, pridonio gotovo pola iznosa koliko i porez na dobit velikih korporacija iz svih drugih područja zajedno. [33]

Međutim, uzimajući u obzir neke primjere nameta na financijske transakcije (osim NVT-a), moguće je da je strah od prevelikog opterećenja financijskih institucija oporezivanjem možda precijenjen. [34]

3.2.2. Obveznice za dijasporu

Obveznice za dijasporu mogući su izvor prihoda za države s brojnom dijasporom diljem svijeta. Trenutačno se ovaj oblik oporezivanja susreće u

svoga nekolicini država poput Izraela, Indije i Šri Lanke. Temeljna ideja jest da dijaspora kupuje obveznice iz države njihova podrijetla s domoljubnim popustom, što znači da kupci ne traže veću premiju rizika kao što bi to predložila jasna tržišna logika. Obveznice za dijasporu na taj način imaju karakteristiku filantropije budući da motiv za kupnju nije vezan isključivo za financijsku dobit. No istovremeno nadilaze jednostavno "domoljubno dobročinstvo" jer upravo one omogućavaju kreditiranje te filantropije u dugoročni financijski instrument koji ima potencijal podizanja velikih iznosa kapitala za potrebne investicije.

Izrael je koristio obveznice za dijasporu od 1951. godine, a do danas je preko njih uprihodio više od 25 milijardi američkih dolara.

Indija je izdala nekoliko vrsta obveznica namijenjenih za dijasporu, s ukupnim prihodom od 11 milijardi američkih dolara. Šri Lanka i Libanon također su u skupini zemalja koje su koristile ovaj instrument. [35]

Ukupne količine novca uprihođene od obveznica ne odražavaju pri tome neto tijekom sredstava, budući da su nositelji obveznica isplaćeni; ali ovakvi mehanizmi svejedno osiguravaju stabilan i jeftin izvor vanjskog prihoda (kamate su niske zbog domoljubnog popusta). Mnoge države niskog i srednjeg dohotka imaju prilično velike dijaspore – a često žive u državama s visokim dohotkom. Za te države, obveznice za dijasporu mogle bi biti još jedno rješenje o kojem bi valjalo razmisliti.

3.3. Nameti na turizam i putovanja

U posljednjih nekoliko godina povećalo se zanimanje za oporezivanjem međunarodnih putovanja, posebno putovanja zrakoplovom. Solidarni namet na avionske karte uveden je 2006. godine. Sada, primjerice u Francuskoj, ostvaruje oko 180 milijuna eura godišnje s dodatnih 22 milijuna eura godišnje iz domaćih izvora u drugim zemljama sudionicama. [36] I danas je primarni cilj takvih programa prikupljanje sredstava za globalne razvojne institucije i mehanizme poput Unitaida. Države s nižim prihodima,

osobito turistička odredišta, također bi mogle uzeti u obzir porez na devizne transakcije od turizma ili međunarodnih putovanja s ciljem doprinosa domaćim zdravstvenim potrebama. Kao dio ovog rada prikazana je analiza u kojoj su razmotreni različiti mehanizmi financiranja od međunarodnih posjetitelja.

Podaci o deviznim priljevima od inozemnog turizma/država /godina dobiveni su za 39 država s niskim prihodima iz World Travel & Tourism Council-a (WTTC). [37] Simulirani su potencijalni prihodi od hipotetskog deviznog poreza na razmjenu novca turista po njihovu dolasku. To bi zapravo bio turistički porez na potrošnju. Primjena od 5% poreza na izvoz svih posjetitelja (potrošnja inozemnih posjetitelja) donijela bi dodatne izvore ekvivalentne za više od 1% od trenutnih (2008.) vladinih zdravstvenih izdataka u najmanje 31. od 39. država, s prosječnim porastom od 5%.

Prema navedenoj analizi, izgledniji izvor prihoda od turizma mogla bi biti ulazna pristojba za inozemne posjetitelje. Jednostavna analiza temeljena na dostupnim podacima iz 2008. za 39 država otkriva da paušalni porez od 5 dolara po inozemnom posjetitelju (uključujući i one u tranzitu ili one koji borave samo taj dan, kao i one koji borave preko noći) može rezultirati iznosom ekvivalentnom za više od 1% od trenutne državne potrošnje za zdravstvo i povećao bi se u najmanje 12 država, s prosječnim porastom od 0,6%.

Argument protiv bilo kojeg poreza na turističku aktivnost jest da bi mogao smanjiti gospodarske aktivnosti i prihode. Također bi ometao trgovinska putovanja po susjednim državama. Prema spomenutoj analizi, predloženo je da bi učinkovitija i nepristranija mjera bila možda oporezivanje luksuznih putovanja.

3.4. Oporezivanje potrošnje luksuzne robe

3.4.1. Porez na luksuz

Porez na luksuz provodi se u različitim oblicima u različitim kontekstima: Kina ima porez na luksuz na proizvode kao što su jahte, uvezeni satovi i jake automobile; Bugarska planira uvesti porez na luksuz na vrhunske automobile i kuće; a Indonezija već neko vrijeme također oporezuje luksuznu potrošačku robu. [38] [39] [40] Često je slučaj da ovi porezi na luksuz nisu novi porezi kao takvi, nego ciljane povećanja uvedena kroz postojeće porezne mehanizme (PDV, porez na vozila, porez na nekretnine). Nedavno je u Sjedinjenim Američkim Državama reforma zdravstvene zaštite uvela porez na određene veoma visoke iznose polica zdravstvenog osiguranja. Ovaj takozvani "Cadillac porez" smatra se porezom na luksuz koji igra ulogu u smanjenju trenutne nejednakosti u financiranju zdravstva. [41] Procijenjeno je da će Cadillac porez uprihoditi 12 do 20 milijardi dolara godišnje.

Oporezivanje luksuznih predmeta neće samo biti način podizanja novih izvora financiranja u apsolutnom smislu. Mnoge države niskog i srednjeg dohotka imaju velike razlike u prihodima. U tom kontekstu porez na luksuz može imati distributivni učinak ubiranjem više sredstava od bogatijih skupina stanovništva. Neki autori tvrde da će oporezivanje luksuznih potrošačkih artikala (primjerice, putem diferenciranog PDV-a) donijeti veći napredak u potrošačkom oporezivanju. [42]

3.4.2. Nameti na korištenje mobilne telefonije

Radna skupina za inovativna financiranja upozorava da u svijetu postoji 3,5 milijardi korisnika mobilnih telefona, a ukupni prihodi od *post-paid* mobilne telefonije vrlo su visoki i rastu (750 milijardi dolara), te da bi

uspostavljanje nameta na korištenje mobitela bio logičan izbor za povećanje baze izvora prikupljanja. [43] U procjenama korištenim za rad radne skupine, smatrano je da međunarodni dobrovoljni namet na korištenje mobitela ima potencijal za uprihoditi između 200 milijuna i 1,3 milijarde eura godišnje. Pretpostavilo se da bi se većina prihoda uprihodila u državama s visokim dohotkom, ali da bi države sa srednjim dohotkom također mogle koristiti ovaj mehanizam za prikupljanje znatne količine novca. Kako je ubiranje ovog dobrovoljnog nameta prilično jednostavno a stopa korištenja mobilnih telefona čak i u mnogim državama s niskim i srednjim prihodima relativno visoka, Međunarodna telekomunikacijska zajednica procjenjuje da ima 67,6 mobilnih pretplatnika na 100 stanovnika u zemljama u razvoju – moglo bi se tvrditi da bi ovaj mehanizam bio učinkovit i na državnoj razini za podizanje domaćih izvora, čak i sa vrlo malim unificiranim iznosom.

S druge strane, postoji zabrinutost da bi oporezivanje korištenja mobitela moglo biti kontraproduktivno jer bi moglo stvoriti dodatne prepreke za usvajanje mobilnih tehnologija koje se smatraju, u domeni e-zdravstva primjerice, kao tehnologije za reduciranje niza problema u siromašnim zemljama.

Korištenje mobitela također se može oporezivati neizravno, putem oporezivanja tvrtki koje pružaju usluge mobilne telefonije. Oporezivanje ovih tvrtki može rezultirati s dvojakim ishodom: ili će tvrtke smanjiti svoje marže ili se povećati cijene. Iskustvo u Gabonu prvo je rezultiralo povećanjem cijena što je imalo kaskadne učinke nameta na potrošače, ali nakon kratkog vremena natjecanje između četiri vodeće tvrtke na tržištu prisilile su ih da ponovno snize cijene i apsorbiraju utjecaj preko svojih marži.

3.4.3. Franšizni proizvodi

Tvrtke koje sudjeluju u Product Red inicijativi stvaraju određene proizvode koji se prodaju pod Product Red logom. [44] Tvrdi se u dostupnoj

literaturi da je to rješenje nastalo na obostrano zadovoljstvo, pri čemu tvrtke koje sudjeluju mogu potaknuti svoju prodaju kroz brendiranje svojih proizvoda ili usluga u dobre svrhe. Imati franšizu određene linije proizvoda u svrhu podizanja sredstava za zdravstvo koje se provodi kroz inicijativu Product Red, prikupilo je 150 milijuna dolara za Globalni fond. Krajnji izvor financiranja u ovoj inicijativi je, naravno, potrošač koji kupuje proizvod (iako tvrtke također mogu doprinijeti svojim udjelom u financiranju te tako prikupiti čak i više sredstava).

Franšizni proizvodi u nekim državama niskog i srednjeg dohotka mogu biti prilično jednostavno rješenje za podizanjem izvora prihoda. Potencijal ove mjere prikupljanja sredstava mogao bi biti i podosta ograničen, iako bi u nekim više naseljenim državama sa srednjim dohotkom gdje kupovna moć raste, a proizvodni sektor je uspješan, ova vrsta mehanizma mogla biti zanimljiva za primjenu.

Mehanizmi	Potencijal prikupljenih sredstava	Ograničenja	Moguće posljedice
PDV s udjelom namijenjenim zdravstvenom sektoru	\$\$-\$\$\$	Visoki administrativni troškovi (posebno ako je riječ o oslobađanju i višestrukim ratama)	Potencijalno regresivno (ako se radi o jedinstvenoj stopi PDV-a)
Specifični sektor oporezivanja	\$\$-\$\$\$	Specifičan kontekst. Oporba iz poslovnih interesa.	Povoljno za siromašne
Trošarina na duhanske proizvode	\$		Regresivno
Trošarina na alkoholne proizvode	\$\$-\$\$	Otpor iz gospodarskih interesa	Regresivno
Trošarina na namirnice nezdrave prehrane	\$\$-\$\$	Ograničena istraživanja da bi se shvatio potencijal. Zabrinutost oko toga kako odrediti koje proizvode oporezivati. Otpor iz gospodarskih interesa	Regresivno
Nameti na valutne transakcije	\$\$-\$\$\$	Možda potrebna koordinacija s ostalim financijskim tržištima ukoliko je riječ o velikim iznosima.	Povoljno za siromašne
Porez na financijske transakcije	\$\$	Može se smatrati preprekom za trgovinu.	Povoljno za siromašne
Obveznice za dijasporu	\$		Vjerojatno progresivno
Nameti na turizam i putovanja	\$	Izazovi oko provedbe i regulacije. Mogući veliki administrativni troškovi.	Umjereno dobro za siromašne, pogotovo ako mehanizam cilja na bogate putnike
Porez na luksuz	\$		Povoljno za siromašne
Nameti na korištenje mobitela	\$\$	Vjerojatno niski administrativni troškovi.	Povoljno za siromašne ako je dobrovoljno, manje ako je obavezno
Prodavanje franšiznih proizvoda	\$		Povoljno za siromašne

Tablica 6. Potencijalni mehanizmi inovativnog financiranja zdravstvene zaštite i posljedice

Legenda: \$ = nizak potencial prikupljanja sredstava;
\$\$ = srednji potencial prikupljanja sredstava;
\$\$\$ = veliki potencial prikupljanja sredstava.

4. Zaključak

Zbog brzog starenja stanovništva Hrvatske, koji se ne razlikuje od većine država u Europskoj regiji, financijski pritisak na zdravstveni sektor je u porastu. Takvo stanje zahtijeva više sredstava i veću pozornost. Brojne prikazane mogućnosti za povlačenjem više novca u sustav financiranja zdravstvene zaštite zahtijevaju daljnja istraživanja, posebno u državama niskog i srednjeg dohotka, kao što je Hrvatska.

Stanje u Hrvatskoj gledano izvana na sustav zdravstva, prepuno je odstupanja između ponude i potražnje. Liste čekanja za pojedine zdravstvene usluge postale su čak značajan politički problem. Aktivan pristup rješavanju ovog izazova rezultirao je značajnim poboljšanjem glede vremena čekanja na zdravstvene usluge. Nadalje, zahtjevi prema novim tehnologijama rastu zajedno s pripadajućim troškovima, zahtijevajući tako još više sredstava za financiranje a stanovništvo pri tome postaje sve starije. Stoga je nužno ključno i kontinuirano praćenje uvođenja novih metoda liječenja kao i njihove isplativosti. Nove bi tehnologije trebale uključivati procjene utjecaja na zdravstveno stanje stanovništva te učinkovitosti i djelotvornosti korištenja sadašnjih i budućih ulaganja u zdravstvo.

Unutar samog zdravstvenog sustava, Hrvatska je suočena s nedostatkom liječnika i certificiranog medicinskog osoblja, što je važan faktor rizika u kvalitetnoj provedbi i održavanju kvalitete u zdravstvu. Stoga, jedan od izazova za bližu budućnost jest osigurati kontinuirani razvoj ljudskih resursa. Potrebno je uložiti daljnje napore u pravcu očuvanja financijske stabilnosti sustava, uključujući postizanje financijske konsolidacije i poboljšanje nadzora i odgovornosti za financijsko poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih ustanova kao pružatelja usluga.

Međutim, bez obzira na prisutne dobre i loše strane sadašnjeg sustava, ne smije se smetnuti s uma postojeći financijski teret koji je u stabilnom i stalnom porastu. Prikazani primjeri ili bolje rečeno rješenja razlikuju se u svojoj sposobnosti generiranja novčanih sredstava. Usprkos

apsolutnim brojkama, nije dovoljno promatrati samo iznose koji bi mogli biti uprihođeni. Ovo i dalje ostaje tema s prostorom za daljnje evaluacije utjecaja primjene instrumenata i njihovog utjecaja na potencijalnu regresiju, pri čemu valja uzeti u obzir niz drugih čimbenika kao što je namjena, administrativni troškovi i politička izvedivost.

Općenito, trošarine i nameti na određene proizvode, poput luksuznih proizvoda, duhanskih proizvoda i korištenja mobilnih telefona vjerojatno imaju niske troškove administracije. Porezi na duhanske proizvode i financijski nameti vjerojatno bi imali transakcijske troškove niske 1-2% od prihoda, porez ili subvencija na određenu prehrambenu namirnicu učinkovitiji je u pogledu zdravstvenog ishoda, ali ne snosi veće administrativne troškove od poreza na određene kategorije hrane.

Mora se napomenuti da će politička otpor postojati uvijek kad porez cilja na određenu industriju ili gospodarsku granu. Detaljna istraživanja koja bi dala bolje, čvršće dokaze o pojedinim mjerama i dalje nedostaju. Sposobnost vlada za prikupljanjem i upravljanjem izvorima financiranja može biti ograničena posebno u ekonomski nestabilnim državama. Bez obzira što je sposobnost domaćih institucija pred stalnim izazovima; rješenja o kojima se raspravlja u ovom radu moraju se razmatrati unutar prostora politike pojedine države. Neka od njih mogla bi biti uvedena isključivo zbog njihove sposobnosti stvaranja dodatnih prihoda, dok će druga imati još i dodatne koristi u smislu pozitivnog utjecaja na zdravlje stanovništva. Na primjer, dok porez na bezalkoholna pića može značajno smanjiti potrošnju i donijeti dugoročnu zdravstvenu dobrobit, manje je vjerojatno da će porez na alkohol, duhanske proizvode i nezdravu hrane dovesti do značajnog smanjenja potrošnje, osim ako nije popraćen obrazovnim kampanjama. Takvi se porezi, međutim, mogu uvesti s perspektivom i namjerom stvaranja prihoda, u dijelu posvećenom bilo financiranju zdravstvene zaštite posebno usmjerene na promicanje zdravog načina života i promjene u ponašanju, ili liječenja kroničnih stanja koja nastaju zbog nezdravog ponašanja. Slično tome, razina poreza će odrediti je li cilj stvaranje prihoda ili je glavna svrha promjena ponašanja u korist zdravlja stanovništva. Ovaj rad je tek pokušaj da se na

jednom mjestu prikažu i ostale mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite osim doprinosa i polica dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja.

U Varaždinu, 16. veljače 2017. godine

Literatura

- [1] European Health Expectancy Monitoring Unit: Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide, 3rd ed. Technical report 2006.
- [2] C. Jagger, C. Gillies, E. Gambois, H. Van Oyen, W. Nusselder, J.M. Robine: The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries. Journal of Clinical Epidemiology, br. 63, kolovoz 2010, str. 892-899
- [3] How's Life? Measuring Well-being, OECD Publishing, Paris, DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264121164-en>
- [4] The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060), European Commission, Brussels, 2012.
- [5] <http://www.eurohex.eu>
- [6] Europe 2020 Flagship Initiative Innovation Union, Directorate-General for Research and Innovation, European Commission, Brussels, 2011.
- [7] http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?query=BOOKMARK_DS-087300_QID_-77EEF209_UID_-3F171EB0&layout=AGE,L,X,0;GEO,L,Y,0;SEX,L,Z,0;TIME,C,Z,1;ISCED11,L,Z,2;INDICATORS,C,Z,3;&zSelection=DS-087300SEX,T;DS-087300INDICATORS,OBS_FLAG;DS-087300ISCED11,TOTAL;DS-087300TIME,2012;&rankName1=TIME_1_0_-1_2&rankName2=ISCED11_1_2_-1_2&rankName3=INDICATORS_1_2_-1_2&rankName4=SEX_1_2_-1_2&rankName5=AGE_1_2_0_0&rankName6=GEO_1_2_0_1&rStp=&cStp=&rDCh=&cDCh=&rDM=true&cDM=true&footnes=false&empty=false&wai=false&time_mode=ROLLING&time_most_recent=true&lang=EN&cfo=%23%23%23%2C%23%23%23.%23%23%23&lang=en
- [8] I.M. Majer, W.J. Nusselder, J.P. Mackenbach and A.E. Kunst: Socioeconomic Inequalities in Life and Health Expectancies Around Official Retirement Age in 10 Western-European Countries, Journal of Epidemiology and Community Health, br. 11, studeni 2011, str. 972-979
- [9] E. Cambois, C. Laborde, I. Romieu, J.M. Robine: Occupational Inequalities in Health Expectancies in France in the Early 2000s: Unequal Chances of Reaching and Living Retirement in Good Health, Demographic Research, br. 25, kolovoz 2011, str. 407-436

- [10] <http://www.who.int/nha>
- [11] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf
- [12] <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>
- [13] http://www.internationalhealthpartnership.net//CMS_files/documents/taskforce_report_EN.pdf
- [14] R. Gordon, W. Li: Tax structures in developing countries: Many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, br. 7-8, kolovoz 2009, str.855-866
- [15] http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf
- [16] http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/
- [17] Resolution WHA57.17. Global strategy on diet, physical activity and health. In: Fifty seventh World Health Assembly, Geneva,22 May 2004. Geneva, World Health Organization, 2004
- [18] S.B. Cash, R.D. Lacañilao: Taxing Food to Improve Health: Economic Evidence and Arguments, *Agricultural and Resource Economics Review* br. 2, listopad 2007, str. 174–182
- [19] <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-070987.pdf>
- [20] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879182/>
- [21] http://www.Fat_Taxes_Big_Money_for_Small_Change20160221-9947-1vm4n0n.pdf
- [22] J. Nordström, L. Thunström: The impact of tax reforms designed to encourage healthier grain consumption, *Journal of Health Economics*, br 3, svibanj 2009, str. 622-634
- [23] <http://www.nilf.no/Publikasjoner/DP/En/2010/DP-2010-01.pdf>
- [24] <http://hermes.cde.state.co.us/drupal/islandora/object/co%3A18006/datasream/OBJ/view>
- [25] K.D. Brownell, T.R. Frieden: Ounces of prevention—the public policy case for taxes on sugared beverages. *New England Journal of Medicine*, br.360, travanj 2009, str. 1805-1808.

- [26] Gabe T. Fiscal and economic impacts of beverage excise taxes imposed by Maine Public Law, University of Maine, School of Economics, 2008.
- [27] <http://www.bmj.com/bmj/section-pdf/187535?path=/bmj/344/7857/Analysis.full.pdf>
- [28] L.M. Powell, F.J. Chaloupka: Food Prices and Obesity: Evidence and Policy: Implications for Taxes and Subsidies, *The Milbank Quarterly*, br. 1, ožujak 2009, str. 229–257
- [29] Smed S, Jensen JD, Denver S. Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. *Food Policy*, listopad 2007; br. 5–6, listopad 2007, str. 624–639
- [30] A.M. Thow, C. Quested, L. Juventin, R. Kun, A.N. Khan, B. Swinburn: Taxing soft drinks in the Pacific: implementation lessons for improving health. *Health Promotion International*, br. 1, ožujak 2011, str. 55-64
- [31] T. Andreyeva, M. Long, K.D. Brownell: The impact of food prices on consumption: a systematic review of research on price elasticity of demand for food. *American Journal of Public Health*, br. 2, veljača 2010, str.216–222
- [32] S.B. Cash, R.D. Lacañilao: Taxing Food to Improve Health: Economic Evidence and Arguments, *Agricultural and Resource Economics Review*, br. 2, listopad 2007, str.174–182
- [33] A fair and substantial contribution by the financial sector. Final report for the G-20. International Monetary Fund, 2010.
- [34] T. Matheson: Taxing Financial Transactions: Issues and Evidence. Washington DC, International Monetary Fund, 2010.
- [35] S. Ketkar, D. Ratha: Innovative financing for development. Washington DC, The World Bank, 2009.
- [36] http://www.brookings.edu/~media/Files/Projects/globalhealth/healthsn_apsshots/airline.pdf
- [37] http://www.wttc.org/eng/Tourism_Research/Economic_Data_Search_Tool/index.php
- [38] http://www.chinadaily.com.cn/china/2006-11/15/content_733992.htm
- [39] <http://in.reuters.com/article/idINIndia-47098920100321>
- [40] W. Thirsk: Tax reform in developing countries. Washington DC, The World Bank, 1997.

- [41] <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2009/dec/taxing-cadillac-health-plans-may-produce-chevy-results>
- [42] J. Di John: The Political Economy of Taxation and Tax Reform in Developing Countries. Helsinki, World Institute for Development Economics Research (WIDER), 2006
- [43] http://www.who.int/whr/2010/10_chap02_en.pdf
- [44] <http://www.joinred.com/red/>

Popis grafikona

Grafikon 1: Prosječni realni godišnji rast izdataka za zdravstvo i BDP-a per capita, 2000.-2010.	10
Grafikon 2: Očekivana životna dob pri rođenju, muškarci i žene, prosjek 2008. – 2010.	12
Grafikon 3: Kvalitetne godine života (HLY) pri rođenju, žene i muškarci, prosjek 2008.-2010.	14
Grafikon 4: Izdaci za zdravstvo prema izvoru financiranja, 2010.	21
Grafikon 5: Promjena u udjelu gotovinskih izdataka u ukupnim zdravstvenim izdacima u razdoblju od 2000. do 2010. godine	23

Popis tablica

Tablica 1a: Očekivana životna dob prema spolu, dobi i razini obrazovanja, 2007-2008 za odabranu životnu dob-žene	17
Tablica 1b: Očekivana životna dob prema spolu, dobi i razini obrazovanja, 2007-2008 za odabranu životnu dob-muškarci	18
Tablica 2. Ukupno prosječno izdvajanje države po odabranim sektorima (izraženo kao % ukupnih državnih izdataka)	24
Tablica 3. Struktura cijene i poreza po litri čistog alkohola raspodijeljeno prema prihodima i potrošnji pojedinih grupa zemalja	31
Tablica 4. Kategorizacija zemalja prema prihodima i konzumiranju alkoholnih pića po glavi stanovnika	32
Tablica 5. Promjene u količini konzumiranog alkohola nakon povećanja poreznih davanja od najmanje 40% maloprodajne cijene	33
Tablica 6. Potencijalni mehanizmi inovativnog financiranja zdravstvene zaštite i posljedice	43

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Leo Šunjić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U EUROPSKOJ UNIJI: FINANCIJSKA BUDUĆNOST I ALTERNATIVNI IZVORI FINANCIRANJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Leo Šunjić (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U EUROPSKOJ UNIJI: FINANCIJSKA BUDUĆNOST I ALTERNATIVNI IZVORI FINANCIRANJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)