

Financijska održivost zdravstvenog sustava Republike Hrvatske

Žanić, Gordan

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Libertas International University / Libertas međunarodno sveučilište**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:223:926636>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Digital repository of the Libertas International University](#)



LIBERTAS MEĐUNARODNO SVEUČILIŠTE

ZAGREB

Gordan Žanić

Diplomski rad

**FINANCIJSKA ODRŽIVOST ZDRAVSTVENOG
SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE**

Zagreb, veljača 2024.

LIBERTAS MEĐUNARODNO SVEUČILIŠTE

ZAGREB

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

POSLOVNA EKONOMIJA I GLOBALIZACIJA

DIPLOMSKI RAD

**FINANCIJSKA ODRŽIVOST ZDRAVSTVENOG
SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE**

**FINANCIAL SUSTAINABILITY OF THE HEALTH
SYSTEM OF THE REPUBLIC OF CROATIA**

Kandidat: Gordan Žanić

Kolegij: Upravljanje projektima

Mentor: izv. prof. dr. sc. Zvonko Merkaš

Zagreb, veljača 2024.

LIBERTAS MEĐUNARODNO SVEUČILIŠTE

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, Gordan Žanić svojim potpisom jamčim da je ovaj specijalistički diplomski rad odnosno diplomski rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju popis korištene literature.

Izjavljujem da niti jedan dio specijalističkog diplomskog rada odnosno diplomskog rada nije prepisan iz necitiranog rada, te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava.

U Zagrebu, veljača 2024. godine

Student:

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1.UVOD	1
1.1. Predmet i cilj rada	2
1.2. Hipoteza rada	2
1.3. Metode istraživanja	3
1.4. Struktura rada	3
2.MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA	5
2.1. Pojmovno definiranje i značenje zdravstvenog sustava	5
2.2. Značaj odabira modela financiranja zdravstvenog sustava za društvo	8
2.3. Bismarckov model financiranja zdravstvenog sustava	10
2.4. Beveridgeov model financiranja zdravstvenog sustava	11
2.5. Tržišni model financiranja zdravstvenog sustava	12
2.6. Komparacija izloženih modela financiranja zdravstvenog sustava	13
3.FINACIRANJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U HRVATSKOJ	16
3.1. Institucije u Hrvatskoj značajne za funkcioniranje zdravstvenog sustava	16
3.2. Pregled modela financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj	17
3.3. Obilježja i stanje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj	18
4.ANALIZA NOVOG MODELA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ	21
4.1. Analiza postojećeg modela financiranja zdravstva u Hrvatskoj	22
4.2. Usporedba rezultata hrvatskog modela financiranja zdravstvenog sustava sa sustavima zemalja Europske unije	24
4.2.1. Odabir podataka i metodologija	27

4.2.2. Komparativna analiza.....	28
4.2.3. Analiza pomoću linearne regresije	43
4.3. Preporuke za novi model financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava.....	48
4.4. Procjena efikasnosti novog modela financiranja i usporedba s postojećim	51
4.5. Rasprava o radnoj hipotezi.....	53
5. ZAKLJUČAK	55

LITERATURA

POPIS SLIKA

POPIS TABLICA

ŽIVOTOPIS

SAŽETAK

U ovom diplomskom radu uspoređuju se Bismarckov, Beveridgeov i tržišni model financiranja zdravstvenog sustava kroz usporedbu prednosti i nedostatka svakog od navedenih modela na stvarnim primjerima, kao i objektivni razlozi zbog kojih neki od ovih oblika nije u potpunosti primjenjiv u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Hrvatsko zdravstvo je temeljeno na solidarno/socijalnom karakteru što potječe od ekonomskog, socijalnog i političkog nasljeđa. Zbog velikog udjela troška bruto domaćeg proizvoda na zdravstvo opada ekonomska snaga hrvatskog gospodarstva. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) osigurava glavninu financiranja zdravstvenog sustava (od prilike 80% ukupnih troškova). Problem nastaje kod uplate u HZZO, jer je omjer onih koji uplaćuju i onih koji koriste (troše) svake godine sve lošiji s blagim naznakama poboljšanja (veća zaposlenost) te loši demografski trendovi. U perspektivnom dijelu ovog rada predlažu se smjernice za učinkovitiji model financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: **modeli financiranja zdravstvenog sustava, učinkoviti zdravstveni sustav, ekonomska snaga**

SUMMARY

This thesis compares Bismarck's, Beveridge's and the market model of financing the health care system through a comparison of the advantages and disadvantages of each of the mentioned models on real examples, as well as the objective reasons why some of these forms are not fully applicable in the health care system of the Republic of Croatia. Croatian health care is based on a solidarity/social character that originates from the economic, social, and political heritage. Due to the large share of gross domestic product expenditure on healthcare, the economic strength of the Croatian economy is declining. The Croatian Health Insurance Institute (HZZO) provides the bulk of the financing of the health system (approximately 80% of total costs). The problem arises when paying into HZZO, because the ratio of those who pay and those who use (spend) is getting worse every year with slight signs of improvement (higher employment) and bad demographic trends. In the prospective part of this paper, guidelines are proposed for a more efficient financing model for the Croatian health system.

Keywords: **health system financing models, efficient health system, economic strength**

1. UVOD

Analizom modela trenutnog financiranja zdravstvenog sustava utvrđuje se održivost zdravstva kroz modele postojećeg financiranja. Financiranje zdravstvenog sustava provodi se od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i Ministarstva zdravstva. HZZO je javna ustanova van državne riznice koja posluje samostalno, dok je Ministarstvo zdravstva glavno regulatorno tijelo s određenim iznosom državnog proračuna kojim također financira zdravstveni sustav. Financiranje zdravstvene zaštite je najvažniji segment učinkovitog djelovanja zdravstvenog sustava. Može se ustvrditi da za sada u svijetu ne postoji zdravstveni sustav koji može svojim korisnicima u potpunosti osigurati sve blagodati koje moderna medicina omogućava. Zbog novih tehnologija (dijagnostika, terapija, rehabilitacija) zdravstvo postaje sve zahtjevnije i skuplje. Osnovni preduvjeti za kvalitetno djelovanje zdravstvenog sustava počivaju na dostupnosti, kontinuiranosti, solidarnosti i kvaliteti zdravstvene zaštite, te financijskoj održivosti zdravstvenog sustava. Republika Hrvatska povijesno ima široku mrežu zdravstvenih ustanova s kvalitetnom zdravstvenom zaštitom. Potrebe za praćenjem trendova i modernizacijom zdravstva iz godine u godinu su sve veće, kako kadrovsko i normativno, tako i financijski. Sustavnim praćenjem posljednjih trideset godina kretanja u zdravstvu moguće je primijetiti anomalije od premalog izdvajanja za zdravstvo po glavi stanovnika, a pritom među najvišim izdvajanjima za zdravstvo kod zaposlene populacije (16,5%), kao i deficit u proračunu koji rezultira redovnim sanacijama sustava. Opći nedostatak financijskih sredstava uz rastuću potrošnju dovodi zdravstveni sustav do velikih izazova u prvom redu stabilizacije financija uz zadržavanje kvalitete zdravstvene zaštite.

U ovom se radu vrši usporedba Bismarckovog, Beveridgeovog i tržišnog modela financiranja zdravstvenog sustava. Usporedbom prednosti i nedostataka pojedinih modela na stvarnim primjerima, nastoje se utvrditi objektivni razlozi zbog kojih pojedini oblik nije u potpunosti primjenjiv u RH. Hrvatsko zdravstvo je temeljeno na solidarno/socijalnom karakteru što potječe od ekonomskog, socijalnog i političkog nasljeđa. Zbog velikog udjela troška bruto domaćeg proizvoda na zdravstvo opada ekonomska snaga hrvatskog gospodarstva. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) osigurava glavninu financiranja zdravstvenog sustava (od prilike 80% ukupnih troškova). Problem nastaje kod uplate u HZZO, jer je omjer onih koji uplaćuju i onih

koji koriste (troše) svake godine sve lošiji s blagim naznakama poboljšanja (veća zaposlenost) te loši demografski trendovi.

S obzirom na navedeno, valja istražiti pokazatelje koje treba pratiti kako bi se zadovoljile potrebe za učinkovitijom zdravstvenom zaštitom te time postigli zadovoljavajući makroekonomski rezultati, odnosno kako bi zdravstveni sustav Republike Hrvatske bio financijski održiv. Usko povezano s navedenim su problemi starenja stanovništva, promjene patologije bolesti, natalitet te skuplja dijagnostika na broj zdravstvenih ustanova.

1.1. Predmet i cilj rada

Iz kompleksnosti navedenog istraživačkog problema proizlazi fokus istraživanja: proučiti i identificirati teorijske karakteristike i čimbenike povezane s različitim modelima financiranja zdravstvenih sustava te ih usporediti s hrvatskim sustavom, uzimajući u obzir ostale članice Europske unije (EU).

Neposredno povezano s problemom i fokusom istraživanja, postavljaju se svrha i cilj istraživanja: unutar postojećih definicija modela financiranja i uzimajući u obzir potrebu za učinkovitim zdravstvenim sustavima, predložiti prilagođeni model financiranja koji odražava specifičnosti hrvatskih potreba. Cilj je stvoriti model koji će biti ekonomičniji, efikasniji i efektivniji od trenutnog sustava.

1.2. Istraživačka pitanja i hipoteza rada

S obzirom na postavljeni cilj istraživanja, otvaraju se brojna istraživačka pitanja.

Posebno se ističu:

IP1: Koja su bitna obilježja postojećih modela financiranja zdravstvenih usluga?

IP2: Koje su promjene nužne da bi hrvatski model financiranja zdravstvenih usluga bio održiv?

IP3: Koji dionici zdravstvenog sustava moraju uskladiti svoje djelovanje kako bi u procesu digitalne transformacije sustav financiranja bio učinkovitiji?

IP4: U kojoj mjeri je novopredloženi model financiranja ekonomičniji, efikasniji i efektivniji?

Na temelju determiniranog problema i predmeta istraživanja postavlja se osnovna znanstveno utemeljena hipoteza:

H: Temeljem odabranih značajnih parametara moguće je predložiti smjernice za učinkoviti model financiranja zdravstva i zdravstvenih usluga u Hrvatskoj koji bi bio ekonomičniji, efikasniji i efektivniji od postojećeg.

1.3. Metode istraživanja

Tijekom izrade diplomskog rada, istraživanja, te formuliranja i prezentiranja rezultata, primijenjene su raznovrsne znanstvene metode. Među njima se ističu induktivna i deduktivna metoda, metoda analize i sinteze, metoda generalizacije i specijalizacije, metoda klasifikacije i deskripcije, te komparativna metoda.

U svrhu analize podataka, posebno su korištene statističke metode, pri čemu se ističe primjena linearnog regresijskog modela.

1.4. Struktura rada

Rad se sastoji od pet cjelina, međusobno povezanih, u skladu s temom rada. Prva, uvodna cjelina definira predmet i cilj rada, hipotezu rada, metode korištene pri istraživanju teme, te strukturu rada. Druga cjelina, pod naslovom Modeli financiranja zdravstvenog sustava uz uvodni teorijski dio pojmovnog shvaćanja definicije zdravstvenog sustava razmatra najčešće korištene modele financiranja zdravstvenih sustava. Financiranje zdravstvenog sustava u hrvatskoj naslov je trećeg dijela rada u kojem se vrši osvrt na probleme koji nastaju u trenutnom modelu financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava. U četvrtom perspektivnom dijelu rada analiza novog modela

financiranja zdravstva u hrvatskoj predlažu se smjernice za razvoj i usvajanje drugačijeg modela financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava. U posljednjem petom dijelu rada Zaključku odgovara se na istraživačka pitanja i rezimiraju se rezultati istraživanja.

2. MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

U svijetu se danas primjenjuje nekoliko osnovnih modela financiranja zdravstvenog sustava. Svaki od tih modela ima prednosti i nedostatke, a analizom modela pojedine države mogu se razlučiti prioriteta i vrijednosti. Odabir modela svakako ovisi prvenstveno o ekonomskim, ali i o političkim i socijalnim okolnostima u nekoj državi. Stoga je za kvalitetnu raspravu o ovoj temi potrebno razlučiti: 1) Pojmovno definiranje i značenje zdravstvenog sustava; 2) Značaj odabira modela financiranja zdravstvenog sustava za društvo; 3) Bismarckov model financiranja zdravstvenog sustava; 4) Beveridgeov model financiranja zdravstvenog sustava i 5) Tržišni model financiranja zdravstvenog sustava te na kraju izvršiti 6) Komparaciju izloženih modela financiranja zdravstvenog sustava.

2.1. Pojmovno definiranje i značenje zdravstvenog sustava

Prema Field-u (1973.) "*Zdravstveni sustav se definira kao onaj skup obveza ili resursa koje bilo koje nacionalno društvo "ulaže" u brigu o zdravlju, za razliku od drugih briga*". Unutar strukturno - funkcionalne perspektive zdravstveni se sustav promatra kroz pružanje usluga pojedincima čija bi izvedba neke uloge mogla biti ugrožena lošim zdravljem i zauzima specifičnu strukturnu poziciju u društvenom prostoru. Pristup je također makro - sociološki, evolucijski ili povijesni, dinamički, relevantan i komparativni. Nastoji testirati hipotezu o „konvergenciji“ zdravstvenog sustava industrijskih društava prema prilično uobičajenom obrascu pod utjecajem određenih vrsta univerzalnih ograničenja (Pierce, 2005.). Sposobnost obavljanja društvenih uloga kritični je (iako ne i isključivi) problem svih društvenih sustava, a zdravstveni sustav pokušava se nositi s nesposobnošću zbog morbiditeta i prerane smrtnosti. Izdvojena su četiri kulturološka tipa odgovora na bolest (magijski, religijski, pastoralni i medicinski) te su ocrtane njihove implikacije na medicinsku praksu (Kirmayer i Sartorius, 2007.). Detaljna konceptualizacija zdravstvenog sustava predstavlja, redom, sljedeća pitanja: funkcionalne probleme kojima se sustav obraća: glavne modalitete koje koristi za proizvodnju bruto medicinskog proizvoda društva; granice sustava; glavne unutarnje komponente tog sustava (usluge, specijalizirano obrazovanje i istraživanje); i strukturne potpore koje zahtijeva od društva (legitimitet-mandat; znanje i tehnike; osoblje; i ekonomski resursi). Ovo daje formalnu definiciju: zdravstveni sustav je onaj društveni

mehanizam koji transformira generalizirane resurse u specijalizirane rezultate u obliku zdravstvenih usluga. Kao takav sustav se natječe s drugim komplementarnim sustavima za oskudne inpute. Artikulacija sustava s tim drugim sustavima i s društvom, te unutarnja struktura zdravstvenog sustava važne su varijable. Predlaže se tipologija zdravstvenih sustava: pluralistički (kao u SAD-u); osiguranje (kao u Francuskoj ili Japanu); zdravstvene usluge (kao u Ujedinjenom Kraljevstvu); i socijalizirani (kao u SSSR-u i istočnoj Europi). Ova tipologija zatim otvara put pitanju odlučivanja i kontrole nad zdravstvenim sustavom, te potrebi razvoja metrike u tom području. Daju se prijedlozi glavnih vrsta metrika (rast, unutarnja diferencijacija i konvergencija). Zatim se ispituje pitanje specijalizacije kao dio procesa diferencijacije, kao i neke od njezinih implikacija na pružanje dobro zaokruženih zdravstvenih usluga (pristup i primarna dijagnoza, dodjela i trijaža, sveobuhvatnost i kontinuitet skrbi, orkestracija i integracija skrbi, emocionalna podrška i pastoralna skrb). Ispituju se neki od unutarnjih strukturnih aranžmana nakon diferencijacije. Rad zaključuje nizom od deset pitanja koja proizlaze iz komparativnog ispitivanja modernih zdravstvenih sustava: (1) mandat sustava; (2) primarna zdravstvena zaštita; (3) granice potražnje za uslugama; (4) potreba za upravljačkom logikom u zdravstvenom sustavu; (5) naknade liječnicima; (6) sukob između utvrđenih vrijednosti u medicini i zahtjeva za jednakim pristupom skrbi; (7) utjecaj biomedicinske tehnologije; (8) pitanje kontrole potrošača; (9) potreba za fleksibilnošću zdravstvenih sustava i (10) integracija članova zdravstvenog tima u modernu medicine (Field, 1973.)

Tijekom prošlog desetljeća sve veća pažnja usmjerena je na mjerenje učinka u pružanju medicinske skrbi. Ova pozornost usmjerena je na različite odnose između organizacijske strukture, kliničke prakse i ishoda pacijenata, uz snažno uviđanje da bi se medicinska praksa trebala temeljiti na dokazima. Kretanje prema medicini utemeljenoj na dokazima popraćeno je istraživačkim programom koji podupiru javne agencije poput Agencije za istraživanje i kvalitetu u zdravstvu, kao i naporima prema mjerenju učinka koje podržavaju akreditacijska tijela poput Nacionalnog odbora za osiguranje kvalitete i Zajedničke komisije o akreditaciji zdravstvenih organizacija (Handler i sur., 2001.).

Aktivnosti ovih akreditacijskih tijela, drugih privatnih istraživačkih instituta i vlade nisu dovele do jedinstvenog konceptualnog okvira za procjenu učinka sustava medicinske skrbi *per se*. Međutim, istraživači zdravstvenih usluga koji se usredotočuju na izvedbu sustava pružanja

medicinske skrbi shvaćaju da su njihovi napori dio veće strategije za poboljšanje kvalitete medicinske skrbi i time poboljšanje pojedinačnih ishoda pacijenata (Handler i sur., 2001.).

Sukladno Schlenger-u (1976.) koncept se zdravlja ne može zamisliti kao jedan kontinuum, već u smislu dvodimenzionalnog prostora čije su dimenzije definirane u odnosu na dva temeljna procesa sustava koje odražavaju. Takva konceptualizacija ima nekoliko važnih implikacija. Prvo, ono zdravlje promatra kao funkciju djelovanja procesa sustava i konceptualno je izomorfno općenitijoj teoriji sustava. Odnosno, zdravlje se promatra kao rezultat rada procesa sustava, a definicija je u skladu s teorijom procesa sustava. Tradicionalna jednodimenzionalna koncepcija zdravlja zanemaruje razliku između dva bitno različita procesa i tretira ih kao da su isti. Ova nepažnja prema prirodi procesa čije djelovanje rezultira zdravljem kao ishodom stvorila je velik dio konceptualne zbrke, odnosno, dovela je do situacija u kojima konceptualizacija nije dovoljno moćna da objasni uočenu varijabilnost. Na primjer, svima je očito da svi ljudi koji nemaju vidljiv morbiditet nisu jednako zdravi, iako definicija zdravlja usmjerena na bolest (npr. zdravlje kao odsutnost bolesti) ne nudi način konceptualnog razlikovanja između takvih ljudi. Druga implikacija konceptualizacije je da eliminira neke proturječnosti između jednodimenzionalnih definicija i iskustava stvarnog svijeta. Zdravlje se više ne mora promatrati niti kao odsutnost bolesti niti kao izraz razvojnih procesa. Prema predloženoj koncepciji, doprinosi i negativnih i pozitivnih sila priznati su kao vitalne komponente općeg zdravlja. Nadalje, analogije izvučene iz rada u drugim područjima sugeriraju model kako procesi koji leže u osnovi dimenzija međusobno djeluju. Ta aktualizacija postaje moguća kada se ravnoteža razumno dobro održava. Vjerojatno najdalekosežnija implikacija, međutim, uključuje proširenje opsega pojma "zdravlje" i potencijalni utjecaj tog proširenja na vrstu podataka koji se koriste u procjeni razine zdravlja neke zajednice. Mjerenje razina zdravlja u prošlosti je bilo usredotočeno na agregatne stope mortaliteta i morbiditeta kao surogate za „zdravlje“. U smislu predloženog okvira, takve mjere mogu pružiti neki uvid u dimenzije ravnoteže, ali su očito neadekvatne za procjenu aktualizacije (Schlenger, 1976.).

2.2. Značaj odabira modela financiranja zdravstvenog sustava za društvo

Financiranje zdravstva postalo je važan dio jačanja zdravstvenog sustava u cilju postizanja univerzalne zdravstvene zaštite (engl. Universal health coverage, UHC) i pružanja pravednih zdravstvenih usluga bez financijskog opterećenja za korisnike. Izvješće o svjetskom zdravlju za 2010. godinu (WHO, 2012.) definira financiranje zdravstva za univerzalnu pokrivenost na sljedeći način: „*Sustavi financiranja trebaju biti posebno dizajnirani da svim ljudima omoguće pristup potrebnim zdravstvenim uslugama (uključujući prevenciju, promicanje, liječenje i rehabilitaciju) dovoljne kvalitete da budu učinkoviti te da osiguraju da korištenje ovih usluga ne izlaže korisnika financijskim poteškoćama*“ (WHO, 2012.). Osiguravanje financijske potpore za zdravstvene sustave ključna je komponenta koja može potaknuti prelazak prema Univerzalnoj zdravstvenoj zaštiti (UHC), unaprjeđujući efikasnu pokrivenost uslugama i pružanje financijske sigurnosti. Trenutno, veliki broj ljudi suočava se s nedostatkom pristupa zdravstvenim uslugama zbog visokih troškova. Dodatno, mnogi doživljavaju nisku kvalitetu pruženih usluga, čak i kada izvore financiranja osiguravaju vlastitim sredstvima. Razrađene i učinkovito provedene politike financiranja zdravstva imaju potencijal rješavanja tih izazova. Svaka država radi na povećanju jednakosti u zdravstvenim uslugama, kvaliteti usluga i financijskoj zaštiti svog stanovništva. Težnja ka UHC-u relevantna je za svaku zemlju. Politika financiranja zdravstva sastavni je dio nastojanja da se usmjerava prema UHC-u. Reforme zdravstvenog sustava trebaju biti izričito usmjerene na poboljšanje pokrivenosti povezano s učinkovitošću, pravednošću u raspodjeli zdravstvenih resursa te transparentnošću i odgovornošću. Financiranje zdravstva evoluiralo je od osobnog plaćanja do financiranja putem programa zdravstvenog osiguranja. U većini razvijenih zemalja financiranje zdravstva osigurava vlada kroz socijalno osiguranje ili opće oporezivanje uz troškove iz vlastitog džepa. Sheme osiguranja i plaćanja iz vlastitog džepa obično nisu dostupni za ranjivu populaciju. Stoga se od vlada zahtijeva da osiguraju sredstva za pružanje zdravstvenih usluga toj ranjivoj populaciji ili za one usluge koje nisu pokrivene programima osiguranja. Financiranje zdravstva nije samo prikupljanje novca za zdravstvenu zaštitu, već i raspodjela tih sredstava. Stoga je određivanje prioriteta zdravstvenih usluga i raspodjela sredstava vrlo važna za postizanje željenog rezultata i ciljeva. Raspodjela resursa zahtijeva vješt proces planiranja kako bi se uravnotežila potrošnja na različite podsektore sustava i osigurala jednakost između regija i različitih socioekonomskih skupina u društvu. Prilikom pregleda sustava financiranja zdravstva

zbog starenja stanovništva, tehnološkog napretka i ekonomske recesije, postavlja se pitanje održivosti kod kreatora politike (Squires i sur., 2016.). U najširem smislu, postoje četiri glavna modela zdravstvene skrbi: Beveridgeov model, Bismarckov model, Nacionalno zdravstveno osiguranje i Tržišni model. Iako je svaki model zaseban, većina se zemalja ne pridržava striktno jednog modela, već stvara vlastite *hibride* koji uključuju značajke pojedinih modela. Svaki model ima svoje prednosti i rizike postizanja univerzalne zdravstvene pokrivenosti. Rizik od prekomjernog korištenja, nepotrebna ili rasipna potražnja za zdravstvenim uslugama od strane pacijenata što dovodi do povećanja troškova, nedostatak financiranja tijekom hitnih zdravstvenih situacija, nemogućnost pokrivanja ranjive populacije, dugo vrijeme čekanja i kašnjenja u liječenju smatraju se ozbiljnim problemima zdravstvene politike (Squires i sur., 2016.). Također, mnogi autori iz znanstvene i stručne zajednice raspravljaju o postotku izdataka za zdravstvo u bruto domaćem proizvodu (BDP). Viši postotak izdvajanja iz BDP-a ne dovodi nužno do boljih zdravstvenih ishoda osim ako se ne koristi učinkovito. Neka istraživanja ističu da zemlje koje troše manje od 4% BDP-a na zdravstvo imaju loše zdravstvene ustanove, a zemlje koje troše između 4 i 5% BDP-a imaju neadekvatne zdravstvene ustanove uključujući opremu i infrastrukturu sa slabo plaćenim osobljem (Das, 2020.). Utvrđeno je također da one zemlje koje troše između 8 i 18% svog BDP-a na zdravstvo imaju dobre zdravstvene ustanove (Das, 2020.). S eskalacijom troškova zdravstvene skrbi i drugih konkurentskih prioriteta, održivost besplatnih zdravstvenih usluga postat će izazov. Privatni izdaci rastu unatoč poboljšanom pristupu zdravstvenim uslugama, što potkopava pravednost u zdravlju. U postizanju UHC-a preporučuje se povećanje izdvajanja fondova, uz istovremeno poboljšanje učinkovitog korištenja resursa. Preferencijalna dodjela uslugama primarne i sekundarne skrbi usmjerene na populaciju s nedostatkom usluga, kao i usvajanje nove tehnologije pokazalo se isplativim u smislu ekonomičnosti i koristi (Tshering, 2021.).

Odabir modela financiranja zdravstva stoga je važan faktor svakog društva jer se odnosi na dostatnost sredstava, izvore financiranja, održivost, mehanizme plaćanja, miks privatno-javnog i svojstva ograničenja troškova (Sidorenko, Butler, 2007.).

Uz to neki autori smatraju da pravilan odabir modela financiranja zdravstva:

- može poslužiti kao teorijska osnova za inovativne politike (Chang-yong, 2010.);

- utječe na kvalitetu ukupnog javnog sustava i krucijalan je za adresiranje rastućih troškova kao i dostupnosti i kvalitete samih zdravstvenih sustava (Jaworzynska, 2016.);
- politički, ekonomski i društveni izbor pod utjecajem svih sudionika i teorijskih modela (Vostatek, 2013.);
- ključno pitanje glede osiguranja univerzalnog pokrića i osiguranja udjela pristupa te protekcije od financijskih rizika (Carrin i sur., 2007.);
- važan za uspješnu transformaciju i postizanje univerzalne zdravstvene zaštite, unutar koordinacije između centralne, provincijalne, lokalne zajednice i međunarodnih donora (Dehury i sur., 2020.).

Sumarno, odabir modela financiranja zdravstvenog sustava ima utjecaj na sve korisnike sustava, utječući na njihov pristup benefitima i sveukupno funkcioniranje javnog sustava (Giermaziak i Kamiński, 2012.) bez financijskog bremena za korisnike (Tshering, 2021.).

2.3. Bismarckov model financiranja zdravstvenog sustava

Njemački sustav zdravstvenog osiguranja predstavlja arhetip uređenja zdravstvene zaštite općenito poznatog kao "Bismarckov model". U desetljećima nakon plasiranja 1883. godine služio je kao model brojnim drugim državama koje su uspostavile i dizajnirale vlastite zdravstvene sustave. Narodi u kontinentalnoj, zapadnoj i srednjoj Europi prvi su slijedili njemački primjer, a kasnije su im se pridružile zemlje u Aziji i Latinskoj Americi. Od raspada komunističkog bloka, elementi sustava zdravstvenog osiguranja u njemačkom stilu igraju važnu ulogu u mnogim državama srednje i istočne Europe. U međunarodnim komparativnim istraživanjima Bismarckov model danas se identificira kao jedan od tri ili četiri klasična tipa zdravstvenog sustava. Usprkos svim razlikama u detaljima, ovakve sustave zdravstvenog osiguranja karakteriziraju zajednički ključni elementi. Prema ovakvim modelima zdravstvom upravljaju samoupravna korporativna tijela, pri čemu se mora razlikovati samoupravljanje fondova za zdravstveno osiguranje od strane njihovih članova i poslodavaca te samoupravljanje zdravstvenim uslugama u smislu da država delegira zdravstvenim fondovima i pružateljima usluga (partnerima) ovlasti za utvrđivanje detalja širokog političkog okvira (kolektivni pregovori i kolektivni ugovori ovdje igraju središnju ulogu) (Gerlinger i Schmucker, 2009.).

Bismarckov model je financiranje temeljeno uglavnom na doprinosima koji su obvezni za poslodavce i zaposlenike, decentralizirani model upravljanja i ugovaranja usluga (Giermaziak i Kamiński, 2012.).

Na kraju valja istaknuti da prema Lambert-u (2001.), univerzalni pristup zdravstvenim uslugama i njihovo besplatno pružanje ne jamči automatski pravednost i učinkovitost. Jednakost znači da se prema svima primjenjuje isti tretman. Učinkovitost znači da se zdravstveni izdaci drže pod kontrolom, uzimajući u obzir dobivene zdravstvene rezultate.

2.4. Beveridgeov model financiranja zdravstvenog sustava

Beveridgeov model sustav je zdravstvene skrbi nazvan po Williamu Beveridgeu, društvenom reformatoru koji je osmislio britansku Nacionalnu zdravstvenu službu. U ovom sustavu zdravstvenu skrb osigurava i financira država putem plaćanja poreza (Giermaziak i Kamiński, 2012.), slično kao što se financira policija ili javna knjižnica. Beveridgeov model naglašava zdravlje kao ljudsko pravo, a vlada osigurava univerzalnu pokrivenost svim građanima. Doprinos pacijenata porezima pokriva njihove zdravstvene troškove, a usluge su besplatne na mjestu pružanja usluge. Zemlje koje koriste Beveridgeov plan ili njegove varijacije uključuju Veliku Britaniju, Španjolsku, većinu Skandinavije, Novi Zeland i Hong Kong. Beveridgeov model ima svoje različite politike, ali većina zemalja koristi varijacije ovog modela u kombinaciji s drugim pristupima zdravstvenoj skrbi.

Valja istaknuti sljedeće karakteristike ovog modela (Vienonen i Włodarczyk, 1993.):

- Univerzalni pristup: Beveridgeov model naglašava univerzalni pristup zdravstvenim uslugama. Svaki građanin ima pravo na zdravstvene usluge kao temeljno pravo, bez obzira na njihov ekonomski status ili platežnu sposobnost;
- Državno vlasništvo i opskrba: U ovom modelu država ima središnju ulogu u vlasništvu i pružanju zdravstvenih usluga. Obično je odgovorna za posjedovanje i upravljanje bolnicama i klinikama te izravno zapošljavanje zdravstvenih radnika;
- Financiranje putem poreza: Zdravstvene usluge prema Beveridgeovom modelu prvenstveno se financiraju putem općeg oporezivanja. Država prikuplja poreze od

stanovništva i dodjeljuje sredstva zdravstvenom sustavu na temelju zdravstvenih potreba stanovništva;

- Nema izravnih naknada za usluge: Jedna od značajki koje ga definiraju je nepostojanje izravnih naknada za zdravstvene usluge na mjestu korištenja. Pacijenti ne plaćaju izravno medicinske usluge i ne postoji model naknade za uslugu;
- Sveobuhvatna pokrivenost: Cilj modela je pružiti sveobuhvatnu pokrivenost, uključujući preventivnu skrb, primarnu skrb, bolničku skrb i druge potrebne medicinske usluge sa svrhom osiguranja širokog spektra zdravstvenih usluga svim građanima;
- Pravedna raspodjela: Beveridgeov model osmišljen je za promicanje pravedne raspodjele zdravstvenih usluga. Budući da vlada posjeduje i kontrolira zdravstvenu infrastrukturu, ona može strateški rasporediti sredstva za rješavanje regionalnih razlika i osigurati da su zdravstvene usluge dostupne svim građanima;
- Minimalna uloga privatnog sektora: Za razliku od nekih drugih modela zdravstvene skrbi, Beveridgeov model minimizira ulogu privatnog sektora u pružanju osnovnih zdravstvenih usluga. Iako može postojati uloga privatnog sektora u nebitnim uslugama ili dopunskom osiguranju, primarna odgovornost leži na vladi;
- Centralizirano odlučivanje: Donošenje odluka i planiranje obično su centralizirani pod vladom. Vlada je odgovorna za utvrđivanje zdravstvene politike, određivanje proračunskih izdvajanja i reguliranje zdravstvenog sustava.

Fokus ovog modela je na javno zdravlje, tj. Beveridgeov model često naglašava javnozdravstvene mjere i preventivnu skrb kako bi se održalo zdravlje stanovništva i smanjio ukupni teret zdravstvenog sustava.

2.5. Tržišni model financiranja zdravstvenog sustava

Tržišni model financiranja zdravstvenog sustava temelji se na načelima ponude i potražnje, pri čemu se zdravstvene usluge tretiraju kao roba koja se kupuje i prodaje na tržištu (Health Care Financing, 2004.). U ovom modelu, zdravstvena skrb se financira putem privatnog osiguranja, plaćanja iz vlastitog džepa ili kombinacijom oba. Tržišni model naglašava individualnu odgovornost za troškove zdravstvene zaštite i potiče natjecanje među pružateljima zdravstvenih usluga radi poboljšanja kvalitete i smanjenja troškova.

Ključne značajke tržišnog modela uključuju (Health Care Financing, 2004.):

- Zdravstvene usluge tretiraju se kao roba koja se kupuje i prodaje na tržištu;
- Zdravstvena skrb financira se putem privatnog osiguranja, privatnog plaćanja ili kombinacijom oba;
- Naglašena je individualna odgovornost za troškove zdravstvene zaštite;
- Potiče se natjecanje među pružateljima zdravstvenih usluga kako bi se poboljšala kvaliteta i smanjili troškovi.

Tržišni model financiranja zdravstvenog sustava koristi se u zemljama kao što su SAD, Švicarska i Nizozemska. U ovom modelu, pojedinci su odgovorni za kupnju svog zdravstvenog osiguranja i plaćanje svojih zdravstvenih usluga. Tržišni model kritiziran je zbog visokih troškova, nejednakog pristupa zdravstvenoj skrbi i nedostatka naglaska na preventivnoj skrbi. Međutim, zagovornici tržišnog modela tvrde da on promiče inovacije, učinkovitost i izbor potrošača.

2.6. Komparacija izloženih modela financiranja zdravstvenog sustava

Sukladno gore navedenom valja istaknuti prednosti i nedostatke svakog od spomenutih modela financiranja zdravstvenog sustava kako bi se mogli komparirati.

Bismarckov Model:

Prednosti:

- Univerzalna pokrivenost: Osigurava zdravstvenu zaštitu svim građanima.
- Mješoviti sustav: Kombinira privatne i javne zdravstvene sustave, često putem osiguravajućih društava.
- Princip solidarnosti: Financiranje putem obveznog osiguranja temelji se na solidarnosti i doprinosima radnika i poslodavaca.
- Pružanje izbora: Pacijenti često imaju mogućnost odabira liječnika i usluga.

Nedostaci:

- Troškovi: Ovisno o modelu, može rezultirati visokim troškovima zdravstvenog osiguranja.

- Birokracija: Složena administracija može dovesti do birokratskih prepreka i dodatnih troškova.
- Nejednakost u pristupu: Moguće su nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama, posebice za one s nižim primanjima.

Beveridgeov Model:

Prednosti:

- Univerzalna zdravstvena zaštita: Osigurava zdravstvenu zaštitu svim građanima bez naplate usluga.
- Jednostavnost: Smanjuje administrativne troškove jer se financira iz javnih fondova.
- Pristupačnost: Smanjuje troškove zdravstvene zaštite za korisnike.

Nedostaci:

- Potencijalni nedostatak kvalitete: Budući da je sustav javno financiran, moguće su gužve i duge liste čekanja za određene usluge.
- Ograničeni izbor: Pacijenti često nemaju slobodan izbor liječnika ili brz pristup naprednim medicinskim tehnologijama.

Tržišni Model:

Prednosti:

- Konkurencija: Potiče konkurenciju među pružateljima zdravstvenih usluga, što može poboljšati kvalitetu i učinkovitost.
- Individualna odgovornost: Svaki pojedinac odgovoran je za vlastito osiguranje, pružajući fleksibilnost u izboru plana osiguranja.
- Inovacije: Potiče inovacije i brži razvoj novih tehnologija i pristupa u zdravstvenom sektoru.

Nedostaci:

- Nejednakost pristupa: Može rezultirati nejednakim pristupom zdravstvenoj zaštiti, osobito za one s nižim primanjima.

- Visoki troškovi: Nepristupačnost za pojedince s nižim prihodima zbog visokih troškova osiguranja.
- Ovisnost o tržišnim silama: Ponekad može dovesti do komercijalizacije zdravstvenih usluga i prioritetizacije profitabilnosti nad kvalitetom skrbi.

Moguće je zaključiti da svaki od ovih modela ima svoje prednosti i nedostatke, a odabir modela ovisi o vrijednostima, resursima i potrebama društva te ciljevima zdravstvenog sustava koje žele postići.

3. FINACIRANJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U HRVATSKOJ

Hrvatski zdravstveni sustav prati nedostatak proračunskih sredstava za zdravstvo (Kovač, 2013.). Prema podacima Fitch Solutions-a (2022.), hrvatski izdaci za zdravstvo dosegli su 4,5 milijardi dolara u 2021. godini, što je ekvivalentno 1.096,40 dolara po stanovniku i predstavlja 7,6% BDP-a zemlje. Farmaceutsko tržište je iste godine vrijedilo 1,7 milijardi dolara, što predstavlja 38,9% izdataka za zdravstvo i 3,0% hrvatskog BDP-a. U 2021. godini vrijednost hrvatskog farmaceutskog tržišta porasla je za 8,1% u odnosu na prethodnu godinu u lokalnoj valuti na 1,7 milijardi dolara, budući da su vlasti promovirale cijepljenje kao način upravljanja pandemijom. Iste godine, izdaci za lijekove činili su značajnih 38,9% rashoda za zdravstvo u zemlji i 3,0% BDP-a. Po stanovniku, izdaci za lijekove iznosili su 426,70 USD, što je iznad razine koju bilježe balkanski susjedi Hrvatske. Državni izdaci za zdravstvo iznosili su 3,8 milijardi dolara ili 84,0% ukupnih izdataka. Privatni izdaci za zdravstvo, koji uglavnom uključuju vlastitu potrošnju, činili su preostalih 16,0% ukupnog iznosa.

Od neovisnosti hrvatske države hrvatski je zdravstveni sustav prošao kroz brojne reforme s ciljem optimizacije zadovoljavajućeg broja i kvalitete pruženih zdravstvenih usluga i financiranja istih (Kovač, 2013.). Stoga je u kontekstu financiranja zdravstvenog sustava Hrvatske bitno razmotriti: 1) Institucije u Hrvatskoj značajne za funkcioniranje zdravstvenog sustava; 2) Pregled modela financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj i 3) Obilježja i stanje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj.

3.1. Institucije u Hrvatskoj značajne za funkcioniranje zdravstvenog sustava

U Hrvatskoj, zdravstveni sustav se oslanja na niz ključnih institucija koje igraju važnu ulogu u osiguravanju pružanja zdravstvene zaštite, upravljanju sustavom i osiguravanju kvalitete usluga. Kao ključne institucije u hrvatskom zdravstvenom sustavu valja izdvojiti:

- Ministarstvo zdravstva: Centralna vladina institucija odgovorna za razvoj i provedbu zdravstvenih politika, regulaciju zdravstvenog sustava, planiranje resursa te nadzor i kontrolu zdravstvenih ustanova.

- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ): Zadužen za praćenje stanja javnog zdravlja, prevenciju bolesti, nadzor nad zaraznim bolestima te provođenje istraživanja i edukacije u području javnog zdravstva.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO): Glavna institucija zadužena za organiziranje obveznog zdravstvenog osiguranja te financiranje i isplatu zdravstvenih usluga. HZZO osigurava pristup zdravstvenoj zaštiti svim osiguranim osobama.
- Liječnička komora: Profesionalno tijelo koje se bavi registracijom i licenciranjem liječnika te promicanjem profesionalnih standarda i etike u medicinskoj praksi.
- Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (AKAZ): Odgovorna za akreditaciju i osiguranje kvalitete u zdravstvenim ustanovama te promicanje standarda kvalitete u pružanju zdravstvenih usluga.
- Zdravstvene ustanove: Uključujući bolnice, klinike, domove zdravlja te specijalizirane zdravstvene centre, te su institucije ključne za pružanje medicinskih usluga, dijagnostiku i liječenje pacijenata.
- Fakulteti medicinskih znanosti: Sveučilišne institucije koje obrazuju i osposobljavaju medicinsko osoblje, uključujući liječnike, medicinske sestre, tehničare i druge stručnjake u zdravstvu.

Ove institucije zajedno čine temelj zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, a svaka od njih ima specifičnu ulogu u osiguravanju pružanja kvalitetne i pristupačne zdravstvene zaštite stanovništvu.

3.2. Pregled modela financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj

U Hrvatskoj se zdravstveni sustav financira kombinacijom javnih i privatnih izvora te osiguranja koje pruža Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Postoji nekoliko ključnih modela financiranja zdravstvenog sustava:

- Obvezno zdravstveno osiguranje (OZO): OZO je temeljni model financiranja u Hrvatskoj. Osigurava se obveznim uplatama doprinosa za zdravstveno osiguranje koje se automatski odbijaju od plaća zaposlenika i poslodavaca. OZO osigurava pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolničkim uslugama, lijekovima, te hitnoj i specijaliziranoj zdravstvenoj zaštiti.

- Dopunsko zdravstveno osiguranje: Ova vrsta osiguranja dopunjuje obvezno osiguranje i omogućuje korisnicima dodatne pogodnosti poput nad-standardnih usluga, uključujući bolji pristup određenim lijekovima, dijagnostici i bržim terminima kod specijalista.
- Izravno plaćanje usluga: Ovaj model uključuje izravno plaćanje zdravstvenih usluga izvan pokrivenosti osiguranja, kao što su usluge estetske kirurgije ili alternativne terapije.
- Državno financiranje: Država osigurava financiranje kroz proračunska sredstva za bolnice, javne zdravstvene ustanove, hitnu pomoć, programe prevencije bolesti i promicanje zdravlja.
- Privatno osiguranje: Osim obveznog i dopunskog osiguranja, pojedinci i poslodavci mogu dodatno osigurati zdravstvenu zaštitu kod privatnih osiguravajućih društava radi dodatne zaštite i većeg izbora usluga.
- Sredstva EU fondova: Hrvatska također koristi sredstva iz fondova Europske unije za poboljšanje infrastrukture, uvođenje novih tehnologija i razvoj specifičnih zdravstvenih programa.

Ovaj kombinirani pristup omogućava pristupačnost i raznolikost usluga unutar zdravstvenog sustava Hrvatske, osiguravajući da građani imaju pristup osnovnim zdravstvenim uslugama uz mogućnost proširenja usluga kroz dodatna osiguranja ili izravno plaćanje.

3.3. Obilježja i stanje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj

Hrvatski zdravstveni sustav ima svoje specifičnosti, iz kojih se može izdvojiti nekoliko ključnih obilježja na temelju trenutnog stanja kako slijedi:

Obilježja:

- Univerzalna zdravstvena skrb: Hrvatski zdravstveni sustav pruža univerzalnu zdravstvenu skrb svim građanima, osiguravajući pristup osnovnim zdravstvenim uslugama.
- Višenamjenski sustav: Sustav uključuje primarnu zdravstvenu zaštitu, bolnice, specijalističke klinike, hitnu medicinsku pomoć te rehabilitacijske centre.
- Obvezno zdravstveno osiguranje: Financira se kroz obvezno zdravstveno osiguranje, čiji doprinosi se automatski oduzimaju od plaća zaposlenika i poslodavaca.

- Dopunsko osiguranje: Osigurava dodatne pogodnosti izvan obveznog osiguranja, poput bržeg pristupa specijalistima i nad-standardnih usluga.
- Nedostatna financijska sredstva: Nedostatak financijskih sredstava unutar sustava često rezultira dugim listama čekanja za određene zahvate i usluge.

Trenutno stanje:

- Infrastruktura i tehnološka opremljenost: Iako postoje kvalitetne bolnice i zdravstvene ustanove, postoje i određene poteškoće ujednačenosti i dostupnosti visokotehnološke opreme u svim dijelovima zemlje.
- Demografski izazovi: Starenje stanovništva i odlazak mladih liječnika iz zemlje predstavljaju izazove u održavanju razine zdravstvene skrbi.
- Potreba za reformama: Postoji potreba za strukturnim reformama kako bi se poboljšala učinkovitost, smanjila birokracija te osigurala bolja dostupnost i kvaliteta zdravstvenih usluga.
- Nedostatak kadra: Nedostatak kvalificiranog medicinskog osoblja, posebice u ruralnim područjima, predstavlja ozbiljan izazov.
- Pandemijska situacija: Pandemija COVID-19 je stavila veliki pritisak na zdravstveni sustav, istovremeno ističući potrebu za prilagodbom i jačanjem odgovora na hitne zdravstvene situacije.

Hrvatski zdravstveni sustav suočava se s izazovima u pogledu financiranja i održivosti. Neke promjene koje su nužne da bi hrvatski model financiranja zdravstvenih usluga bio održiv su:

Smanjenje troškova: sve veći troškovi zdravstvene zaštite, posebice izdaci za lijekove, doveli su do nedostatka proračunskih sredstava za zdravstvo u Hrvatskoj. Smanjenje troškova mjerama poput poboljšanja učinkovitosti i performansi sustava moglo bi pomoći da sustav postane održiviji (<https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/croatia-health-system-summary>);

Unapređenje povezanosti i kontinuiteta zdravstvene zaštite: strateški pravci razvoja zdravstvenog sustava podrazumijevaju unapređenje povezanosti i kontinuiteta zdravstvene zaštite, standardizaciju kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje zdravstvenih pokazatelja (<https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>);

Jačanje primarne zdravstvene zaštite: reforme za jačanje primarne zdravstvene zaštite mogle bi pomoći u smanjenju opterećenja bolnica i poboljšanju učinkovitosti zdravstvenog sustava (<https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>);

Smanjenje bolničkog kapaciteta: smanjenje bolničkog kapaciteta moglo bi poboljšati učinkovitost zdravstvenog sustava i smanjiti troškove (<https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>);

Poboljšanje pristupa palijativnoj skrbi i skupim lijekovima: poboljšanje pristupa palijativnoj skrbi i skupim lijekovima moglo bi pomoći u poboljšanju kvalitete pružene skrbi i dugoročno smanjiti troškove (<https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>);

Reforma mehanizama financiranja: mehanizmi financiranja u hrvatskom zdravstvu moraju se reformirati kako bi se osigurala održivost, učinkovitost i pravednost (Vancina i sur., 2007.).

Sve u svemu, hrvatski zdravstveni sustav mora se suočiti s izazovima financiranja i održivosti kako bi osigurao da može nastaviti pružati kvalitetnu zdravstvenu skrb svojim građanima.

Kao zaključak navedenom valja istaknuti da iako Hrvatska ima dobro organiziran zdravstveni sustav, suočava se s izazovima u smislu financiranja, infrastrukture, demografije i upravljanja resursima. Stoga su reforme ključne za održavanje kvalitetne i pristupačne zdravstvene zaštite za sve građane (Vancina i sur., 2007.).

4. ANALIZA NOVOG MODELA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ

Prema McKinsey&Company izvješću „Achieving Croatia’s Health Potential“ (Brezinščak i sur., 2023., dostupno na <https://www.amcham.hr/en/mckinsey-achieving-croatias-health-potential-n1242>), Hrvatska bi mogla znatno poboljšati zdravlje stanovništva i kvalitetu života i temeljem toga dodatno ostvariti do 9 milijardi BDP-a do 2040. godine. Naime, kako tvrde autori ove studije, prema trenutnoj zdravstvenoj situaciji u Hrvatskoj očekivani životni vijek porastao je za 22 godine od Drugog svjetskog rata, i više se nego udvostručio tijekom prošlog stoljeća. No, Hrvati i dalje provode 27% svog života u lošem zdravlju, a 60% godina lošeg zdravlja utječe na radno aktivno stanovništvo (u dobi od 20 do 70 godina), smanjujući produktivnost uz povećanje troškova.

Ista studija ističe potencijalne zdravstvene i ekonomske koristi do 2040. godine, odnosno da bi kroz primjenu postojećih tehnologija, rješenja i praksi, Hrvatska do 2040. godine mogla potencijalno postići smanjenje od 34% tereta bolesti, što bi rezultiralo sa:

- 27 dodatnih zdravih dana po osobi godišnje,
- dodatnih 100 tisuća ljudi živih i
- 9 milijardi € dodatnih ekonomskih koristi.

Put do maksimiziranja potencijala zdravstvenih dobitaka je, ističu, ponovno odrediti prioritete potrošnje za zdravstvo i usredotočiti se na najisplativije intervencije jer:

- više od 60% zdravstvenih dobitaka dolazi iz intervencije koje koštaju više od 1.000,00 EUR-a po dodatnoj zdravoj godini i
- više od 70% zdravstvenih dobitaka dolazi iz intervencije temeljene na prevenciji.

Očekivani životni vijek u Hrvatskoj porastao je za 6,4 godine od 1990. godine, u usporedbi sa 6,1 godinom u Europi, a razlika između hrvatskog i europskog prosjeka životnog vijeka smanjila se od 2002. godine, s 1,9 godina na 1,6 godina (Brezinščak i sur., 2023.).

Hrvatska je u donjem kvartilu Europe (uključujući Veliku Britaniju) s očekivanih 57,4 godine dobrog zdravlja. Hrvatska je također deveta najgora europska država u očekivanim godinama lošeg zdravlja, s 21,2 godine. Hrvati mogu očekivati da će provesti od prilike 27% svog života u lošem zdravlju, što je osmo najgore mjesto u Europi (uključujući Veliku Britaniju). Očekivano trajanje

zdravog života u Hrvatskoj smanjilo se za 5,7 godina, odnosno sa 63,1 u 2012. godini na 57,4 u 2019. godini. (Brezinščak i sur., 2023.).

Smanjenje tereta bolesti također bi značilo do 10% povećanja radne snage u Hrvatskoj do 2040. godine.

Uspostavljanje zdravstvenog sustava budućnosti moglo bi otključati potencijal i poboljšati ključne pokazatelje zdravstvenog sustava. Procjena hrvatskog zdravstvenog sustava trebala bi sadržavati zdravstvene ishode, iskustvo pacijenata i financijsku održivost uz stvaranje vrijednosti (Brezinščak i sur., 2023.).

Novi model financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj ima za cilj otkloniti neke izazove i nedostatke prethodnog sustava. Ova analiza će istaknuti ključne komponente novog modela i procijeniti njegov potencijalni učinak. S tim u vezi potrebno je izvršiti: 1) Analizu postojećeg modela financiranja zdravstva u Hrvatskoj; 2) Usporedbu rezultata hrvatskog modela financiranja zdravstvenog sustava sa sustavima zemalja Europske unije; 3) Preporuke za novi model financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava; 4) Procjena efikasnosti novog modela financiranja i usporedba s postojećim i 5) Raspravu o radnoj hipotezi.

4.1. Analiza postojećeg modela financiranja zdravstva u Hrvatskoj

Trenutni model financiranja zdravstva u Hrvatskoj temelji se na kombinaciji obveznog zdravstvenog osiguranja, državnih proračunskih sredstava te dopunskih i privatnih oblika osiguranja. U nastavku je izložena analiza ključnih elemenata.

Obvezno zdravstveno osiguranje (OZO):

Prednosti:

- Univerzalnost: Osigurava pristup osnovnoj zdravstvenoj zaštiti svim osiguranim osobama.
- Solidarnost: Osniva se na principu solidarnosti, prikupljanjem doprinosa od zaposlenika i poslodavaca.

Nedostaci:

- Financijska opterećenost: Visina doprinosa može predstavljati dodatno financijsko opterećenje za radnike i poslodavce.
- Ograničenja u pokrivenosti: Neki medicinski postupci, lijekovi i usluge nisu potpuno pokriveni obveznim osiguranjem.

Državno financiranje:

Prednosti:

- Izvor za osnovne zdravstvene usluge: Državna financijska sredstva omogućuju osnovne zdravstvene usluge, poput primarne zdravstvene zaštite, hitne pomoći i prevencije bolesti.

Nedostaci:

- Nedostatak financiranja: Često nedostatak sredstava uzrokuje poteškoće u pružanju adekvatne zdravstvene skrbi i infrastrukturnih ulaganja.
- Različito financiranje po regijama: Neravnomjerno raspoređivanje sredstava između urbanog i ruralnog područja.

Dopunsko i privatno osiguranje:

Prednosti:

- Dodatne pogodnosti: Osigurava proširenu pokrivenost i dodatne usluge koje nisu obuhvaćene obveznim osiguranjem.

Nedostaci:

- Financijski pritisak: Može rezultirati dodatnim troškovima za građane te stvoriti nejednakost u pristupu zdravstvenim uslugama.
- Razlike u kvaliteti: Može rezultirati razlikama u kvaliteti zdravstvene skrbi između osoba sa, i bez dopunskog osiguranja.

Opća stanja i izazovi:

- Nedostatak sredstava: Financiranje zdravstvenog sustava je često ograničeno, što rezultira dugim listama čekanja i nejednakošću u pristupu uslugama.

- Demografski pritisak: Starenje stanovništva stvara dodatne izazove i pritisak na sustav zdravstvene skrbi.
- Potreba za reformama: Postojeći model zahtijeva strukturalne promjene kako bi se povećala efikasnost i smanjila birokracija.

S obzirom na trenutno stanje, postoji potreba za cjelovitim reformama kako bi se osigurala održiva i kvalitetna zdravstvena skrb za sve građane Hrvatske. Važno je adresirati nedostatke financiranja, osigurati ravnomjernu pokrivenost i pristup uslugama te unaprijediti učinkovitost sustava.

4.2. Usporedba rezultata hrvatskog modela financiranja zdravstvenog sustava sa sustavima zemalja Europske unije

Sveobuhvatna usporedba hrvatskog modela financiranja zdravstvenog sustava s onima u zemljama Europske unije (EU) uključuje razmatranje različitih čimbenika, uključujući izvore financiranja, učinkovitost, zdravstvene rezultate i dostupnost. U nastavku je općeniti pregled, no važno je imati na umu da određeni detalji mogu varirati ovisno o složenosti zdravstvenog sustava svake zemlje.

1. Izvori financiranja:

Hrvatska:

- Primarno financiranje iz javnih izvora, uključujući poreze i doprinose za socijalno zdravstveno osiguranje.
- Dodatno financiranje iz vlastitih izvora građana i privatnog zdravstvenog osiguranja.

Zemlje EU:

- Izvori financiranja uvelike se razlikuju, uključujući poreze, socijalno zdravstveno osiguranje i privatne doprinose.
- Neke se zemlje mogu značajnije oslanjati na socijalno zdravstveno osiguranje ili oporezivanje.

2. Postotak BDP-a izdvojen za zdravstvo:

Hrvatska:

- Na postotak BDP-a koji se izdvaja za zdravstvo utječu proračunska ograničenja i ekonomski čimbenici.

Zemlje EU:

- Različiti postoci, često pod utjecajem ekonomskog prosperiteta i vladinih prioriteta. Neke zemlje mogu izdvojiti veći postotak BDP-a za zdravstvo.

3. Zdravstveni ishodi:

Hrvatska:

- Na zdravstvene ishode utječu čimbenici kao što su razina financiranja, infrastruktura i javnozdravstvene inicijative.
- Ključni pokazatelji uključuju očekivani životni vijek, smrtnost dojenčadi i ishode specifične za bolest.

Zemlje EU:

- Ishodi se uvelike razlikuju među zemljama EU-a, odražavajući razlike u zdravstvenim sustavima, socioekonomskim čimbenicima i javnozdravstvenim inicijativama.

4. Pristupačnost i jednakost:

Hrvatska:

- Zdravstvene usluge dostupne su cjelokupnom stanovništvu, uzimajući u obzir čimbenike poput zemljopisne distribucije i pristupačnosti.

Zemlje EU:

- Zemlje EU-a mogu pokazivati razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite, pri čemu neke ističu ravnopravan pristup za sve građane.

5. Učinkovitost i kvaliteta:

Hrvatska:

- Učinkovitost pružanja zdravstvene zaštite i kvaliteta pruženih usluga trebala bi se poboljšati ulaganjem u tehnologiju, obuku radne snage i infrastrukturu.

Zemlje EU:

- Kvaliteta i učinkovitost mogu varirati, a neke zemlje EU-a ulažu velika sredstva u zdravstvenu tehnologiju i inovacije.

6. Preventivna skrb i javno zdravstvo:

Hrvatska:

- Nedovoljno ulaganja u preventivnu skrb i programe javnog zdravlja. Fokus dodatnih ulaganja trebao bi biti na promicanju zdravlja i prevenciji bolesti.

Zemlje EU:

- Različiti pristupi preventivnoj skrbi, pri čemu neke zemlje naglašavaju javnozdravstvene inicijative i intervencije u načinu života.

7. Inovacija i usvajanje tehnologije:

Hrvatska:

- Nedovoljna integracija inovativnih tehnologija u zdravstvu. Potrebno je razmotriti usvajanje digitalnih zdravstvenih rješenja i napredak u medicinskim tretmanima.

Zemlje EU:

- Razine inovacija mogu se razlikovati, a neke zemlje prednjače u usvajanju tehnologije i inovacijama u zdravstvu.

8. Zadovoljstvo pacijenata:

Hrvatska:

- Nedovoljna razina zadovoljstva pacijenata temeljem dostupnih povratnih informacija o zdravstvenom sustavu s obzirom na usmjerenost na pacijenta.

Zemlje EU:

- Zadovoljstvo pacijenata može varirati, odražavajući razlike u kulturnim očekivanjima i učinkovitosti zdravstvenog sustava.

9. Dugoročna održivost:

Hrvatska:

- Trenutni model financiranja zdravstva ne ukazuje na dugoročnu održivost s obzirom na demografske trendove, starenje stanovništva i izazove radne snage u zdravstvenom sustavu.

Zemlje EU:

- Održivost je zajednička briga u svim zemljama EU-a, a neke se suočavaju sa sličnim demografskim izazovima.

10. Politika i upravljanje:

Hrvatska:

- Učinkovitost zdravstvene politike i struktura upravljanja trebala bi se poboljšati, a uloga regulatornih tijela u oblikovanju zdravstvenog sustava preoblikovati.

Zemlje EU:

- Strukture upravljanja razlikuju se, pri čemu neke zemlje imaju centralizirane zdravstvene sustave, a druge imaju decentralizirane modele.

Detaljna usporedba zahtijevala bi dubinsku analizu svake zemlje EU-a i Hrvatske u ovim dimenzijama. Važno je uzeti u obzir da su zdravstveni sustavi složeni i na njih utječu različiti čimbenici, što izravne usporedbe čini izazovnim. Osim toga, stalna evaluacija i prilagodba ključni su za rješavanje rastućih potreba zdravstvene skrbi. U nastavku, s obzirom na daljnje analize stoga slijedi: 1) Odabir podataka i metodologija; 2) Komparativna analiza i 3) Analiza pomoću linearne regresije.

4.2.1. Odabir podataka i metodologija

Podaci korišteni za analizu preuzeti su iz dostupnih baza europskog statističkog servisa Eurostat. Razdoblje promatranih podataka je 2020. godina, a kod nekih analiza vršena je usporedba podataka na temelju 2012. i 2020. godine.

Podaci su prvo korišteni za komparativnu analizu, a kasnije su služili za linearnu regresiju.

Linearna regresija je statistička metoda koja se koristi za modeliranje odnosa između zavisne varijable i jedne ili više nezavisnih varijabli. Ovaj tip analize je naširoko korišten alat u statističkoj analizi, no ključno je voditi računa o njezinim pretpostavkama i ograničenjima. Ako pretpostavke nisu ispunjene, mogu se razmotriti alternativne tehnike modeliranja ili prilagodbe.

Linearnost pretpostavlja da je odnos između zavisne i nezavisne varijable linearan. To znači da je promjena zavisne varijable proporcionalna promjeni nezavisne varijable.

Cilj linearne regresije je pronaći liniju (ili hiperravninu, u slučaju više nezavisnih varijabli) koja najbolje odgovara promatranim podacima. Ova se linija određuje minimiziranjem zbroja kvadrata razlika između promatranih i predviđenih vrijednosti.

R-kvadrat je mjera koja pokazuje koliko dobro nezavisne varijable objašnjavaju varijabilnost zavisne varijable. Kreće se od 0 do 1, a više vrijednosti označavaju bolje pristajanje.

P vrijednost ili vrijednost vjerojatnosti temeljni je koncept u statistici koji se koristi za određivanje značajnosti rezultata statističkog testa.

P vrijednost je broj, izračunat iz statističkog testa, koji opisuje kolika je vjerojatnost da ste pronašli određeni skup opažanja ako je nulta hipoteza istinita. Vrijednosti P koriste se u testiranju hipoteza kako bi se lakše odlučilo treba li odbaciti nultu hipotezu. Što je p vrijednost manja, veća je vjerojatnost da ćete odbaciti nultu hipotezu. Za većinu testova, nulta hipoteza je da ne postoji odnos između vaših varijabli od interesa ili da nema razlike među grupama. Najčešći prag je $p < 0,05$, ali neka polja preferiraju pragove od 0,01 ili čak 0,001 (<https://www.scribbr.com/statistics/p-value/>).

4.2.2. Komparativna analiza

Prema podacima prikazanim u Tablici 1. i na Slici 1. moguće je napraviti analizu potrošnje za zdravstvenu zaštitu i skrb po stanovniku europskih zemalja.

Tablica 1.: Trenutna potrošnja za zdravstvenu zaštitu, 2012./2020.

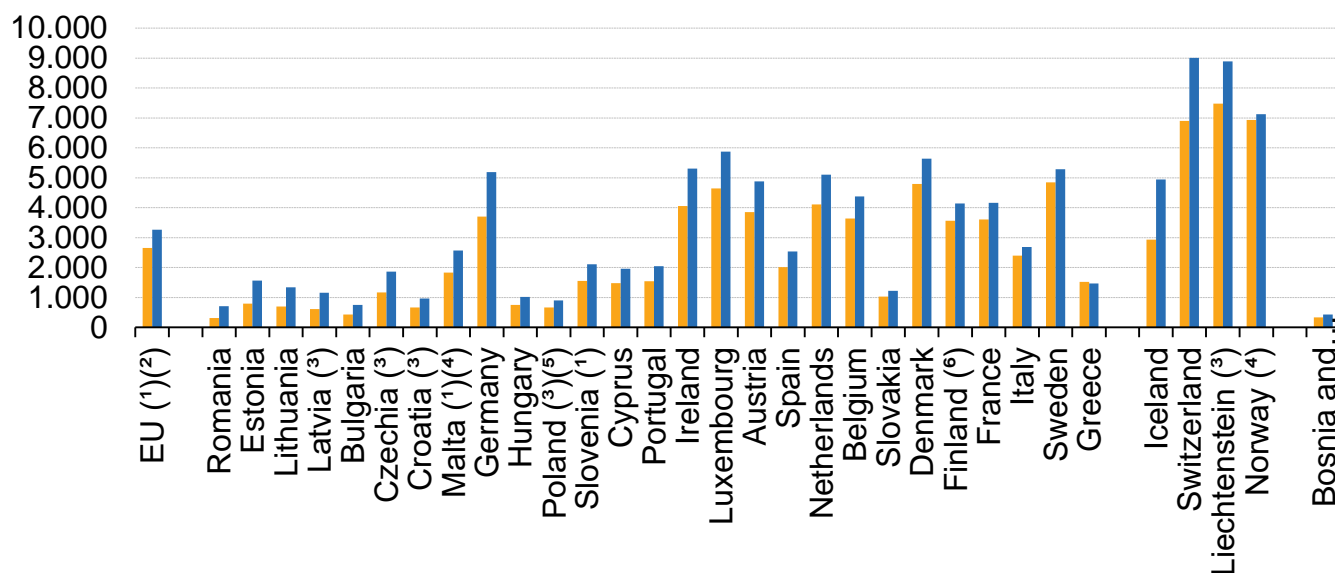
(€)

	2012	2020	Promjena
EU (1)(2)	2,658	3,269	23.0
Romania	313	713	127.5
Estonia	790	1,565	98.0
Lithuania	702	1,335	90.3
Latvia (3)	612	1,154	88.5
Bulgaria	436	754	72.8
Czechia (3)	1,171	1,859	58.7
Croatia (3)	671	963	43.5
Malta (1)(4)	1,830	2,575	40.7
Germany	3,705	5,192	40.2
Hungary	749	1,022	36.5
Poland (3)(5)	662	902	36.3
Slovenia (1)	1,552	2,110	36.0
Cyprus	1,475	1,961	33.0
Portugal	1,545	2,050	32.7
Ireland	4,055	5,311	31.0
Luxembourg	4,639	5,875	26.6
Austria	3,855	4,881	26.6
Spain	2,018	2,538	25.8
Netherlands	4,107	5,108	24.4
Belgium	3,644	4,380	20.2
Slovakia	1,026	1,220	18.9
Denmark	4,791	5,642	17.8
Finland (6)	3,559	4,138	16.2
France	3,606	4,160	15.3
Italy	2,396	2,686	12.1
Sweden	4,850	5,282	8.9
Greece	1,522	1,469	-3.5
Iceland	2,928	4,941	68.7
Switzerland	6,901	9,009	30.6
Liechtenstein (3)	7,481	8,892	18.9
Norway (4)	6,936	7,127	2.8
Bosnia and Herzegovina (3)(7)	337	435	129

Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/61f2f0bb-fb81-4d02-8a6c-8797f29a6260?lang=en>)

Slika 1: Trenutna potrošnja za zdravstvenu zaštitu po korisniku, 2012./2020 (€)

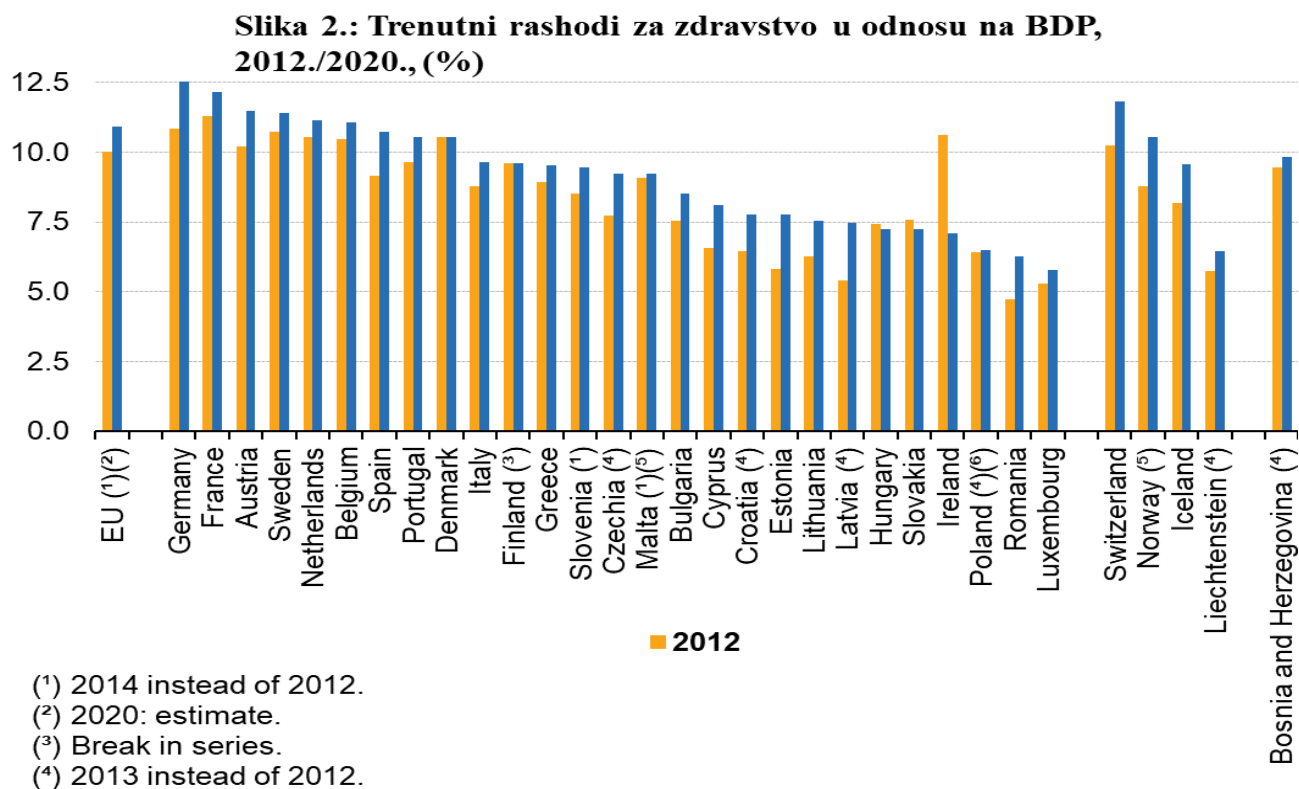


Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/61f2f0bb-fb81-4d02-8a6c-8797f29a6260?lang=en>)

Podaci ukazuju na činjenicu da Hrvatska spada među europske države s potrošnjom po stanovniku za zdravstvenu zaštitu daleko ispod europskog prosjeka od 3.269,00 EUR. Iako je porast te potrošnje od 2012. do 2020. godine bio čak 43,5%, potrošnja od 963,00 EUR-a po stanovniku je doista mala te ukazuje na najveći problem implementiranja bilo kakvog učinkovitog modernog zdravstvenog sustava koji bi upućivao na produljenje životnog vijeka i adekvatnu zdravstvenu skrb hrvatskih građana. Moderni zdravstveni sustavi imaju potrošnju preko 2.000,00 EUR-a po stanovniku, a daleko su najuspješniji oni sustavi s potrošnjom iznad 4.000,00 EUR-a po stanovniku poput Njemačke (5.192,00 EUR), Irske (5.311,00 EUR), Luksemburga (5.875,00 EUR), Austrije (4.881,00 EUR), Nizozemske (5.108,00 EUR), Belgije (4.380,00 EUR), Danske (5.642,00 EUR), Finske (4.138,00 EUR), Francuske (4.160,00 EUR) i Švedske (5.282,00 EUR). Tome treba pridodati i činjenicu, također vidljivu iz Tablice 1. i Slike 1., da Švicarska prema podacima iz 2020. godine troši za zdravstvenu zaštitu 9.009,00 EUR po stanovniku, Lihtenštajn 8.892,00 EUR-a, a Norveška 7.127,00 EUR-a.

Ako se pak promatraju podaci o trenutnim rashodima za zdravstvo u odnosu na BDP, prikazani u Tablici 2. i na Slici 2., prema podacima iz 2020. godine, može se zaključiti da je Hrvatska sa 7,8% također prilično ispod europskog prosjeka od 10,9%. Po tom pitanju također prednjače Njemačka (12,8%), Francuska (12,2%), Švicarska (11,8%) Austrija (11,5%), Norveška (10,5%) i Švedska (11,4%).



Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/09569f3d-6a25-472e-98bb-54656d7ec153?lang=en>)

Tablica 2.: Trenutni rashodi za zdravstvo u odnosu na BDP, 2012./2020.(%)

	2012	2020	
EU (1)(2)	10.0	10.9	0.9
Germany	10.9	12.8	2.0
France	11.3	12.2	0.9
Austria	10.2	11.5	1.3
Sweden	10.7	11.4	0.6
Netherlands	10.5	11.1	0.6
Belgium	10.5	11.1	0.6
Spain	9.2	10.7	1.6
Portugal	9.7	10.6	0.9
Denmark	10.5	10.5	0.0
Italy	8.8	9.6	0.9
Finland (3)	9.6	9.6	0.0
Greece	8.9	9.5	0.6
Slovenia (1)	8.5	9.5	0.9
Czechia (4)	7.7	9.2	1.5
Malta (1)(5)	9.1	9.2	0.2
Bulgaria	7.5	8.5	1.0
Cyprus	6.6	8.1	1.5
Croatia (4)	6.4	7.8	1.3
Estonia	5.8	7.8	1.9
Lithuania	6.3	7.5	1.3
Latvia (4)	5.4	7.5	2.0
Hungary	7.4	7.3	-0.2
Slovakia	7.6	7.2	-0.3
Ireland	10.6	7.1	-3.5
Poland (4)(6)	6.4	6.5	0.1
Romania	4.7	6.3	1.5
Luxembourg	5.3	5.8	0.5
Switzerland	10.3	11.8	1.6
Norway (5)	8.8	10.5	1.7
Iceland	8.2	9.6	1.4
Liechtenstein (4)	5.8	6.5	0.7
Bosnia and Herzegovina (4)	9.4	9.8	0.4

Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/09569f3d-6a25-472e-98bb-54656d7ec153?lang=en>)

U Tablici 3. i na Slici 3. prikazani su glavni izvori financiranja trenutne potrošnje za zdravstvo europskih zemalja za 2020. godinu.

Tablica 3.: Glavni izvori financiranja trenutne potrošnje za zdravstvo, 2020.

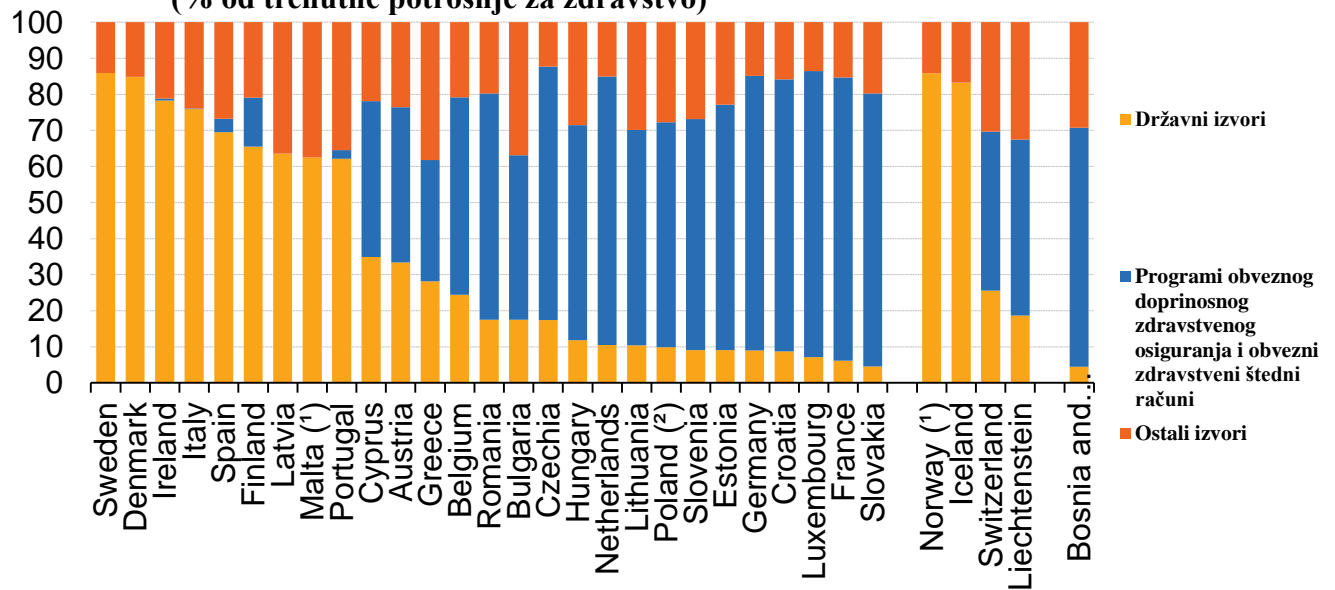
(% od trenutne potrošnje za zdravstvo)

	Državni izvori	Programi obveznog doprinosnog zdravstvenog osiguranja i obvezni zdravstveni štedni računi	Ostali izvori
Sweden	85.9	0.0	14.1
Denmark	84.9	0.0	15.1
Ireland	78.3	0.5	21.2
Italy	75.9	0.2	23.9
Spain	69.5	3.7	26.7
Finland	65.5	13.6	20.9
Latvia	63.6	0.0	36.4
Malta ⁽¹⁾	62.5	0.0	37.5
Portugal	62.1	2.4	35.5
Cyprus	34.9	43.2	21.9
Austria	33.4	43.1	23.6
Greece	28.2	33.7	38.2
Belgium	24.5	54.7	20.8
Romania	17.5	62.7	19.7
Bulgaria	17.5	45.6	36.9
Czechia	17.5	70.2	12.3
Hungary	11.8	59.6	28.6
Netherlands	10.5	74.4	15.1
Lithuania	10.4	59.7	29.9
Poland ⁽²⁾	9.8	62.4	27.7
Slovenia	9.1	64.1	26.8
Estonia	9.1	68.1	22.8
Germany	9.0	76.1	14.9
Croatia	8.7	75.5	15.8
Luxembourg	7.1	79.3	13.6
France	6.2	78.5	15.3
Slovakia	4.5	75.7	19.7
Norway ⁽¹⁾	85.8	0.0	14.2
Iceland	83.3	0.0	16.7
Switzerland	25.6	44.1	30.3
Liechtenstein	18.7	48.8	32.5
Bosnia and Herzegovina	4.51	66.2	29.3

Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/bf53f249-888e-43e3-8f0a-a93349c0c2a7?lang=en>)

Slika 3.: Glavni izvori financiranja trenutne potrošnje za zdravstvo 2020., (% od trenutne potrošnje za zdravstvo)



Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/bf53f249-888e-43e3-8f0a-a93349c0c2a7?lang=en>)

Iz Tablice 3. i Slike 3. vidljivo je da velika većina europskih zemalja koje su gore spomenute da izdvajaju najviše za zdravstvo po stanovniku (Švedska, Danska, Irska, Italija, Španjolska, Norveška i Island) svoju zdravstvenu zaštitu uglavnom financiraju iz državnih izvora u najvećem postotku i ostalih izvora u manjem postotku. Učinkoviti zdravstveni sustavi koji također izdvajaju najviše po stanovniku za zdravstvenu zaštitu, a imaju sličan oblik financiranja hrvatskom, odnosno u većini se financiraju iz programa neke vrste doprinosnog osiguranja, su Njemačka, Luksemburg i Francuska. Kako su osobni dohodci u tim državama daleko veći od onih u Hrvatskoj, a imaju i znatno veći broj zaposlenih na ukupan broj stanovnika, to je naravno rezultiralo i već navedenim pokazateljima većeg izdvajanja za zdravstvenu zaštitu.

S obzirom na navedeno bitno je analizirati i trenutnu zdravstvenu potrošnju po stanovniku prema izvoru financiranja što je prikazano u Tablici 4. i na Slici 4.

Tablica 4.: Trenutna potrošnja za zdravstvo po stanovniku analizirana prema izvoru financiranja, 2020.

	Programi obveznog doprinosnog zdravstvenog osiguranja i obvezni zdravstveni štedni računi		Dobrovoljno zdravstveno osiguranje	Sheme financiranja neprofitnih institucija koje služe kućanstvima	Sheme financiranja od strane poduzeća	Vlastito privatno financiranje	Ostalo	Ukupno financiranje (% BDP)
	Državni izvori							
Germany	448	3,802	65	40	19	621	0	12.8
France	243	3,092	227	0	23	352	0	12.2
Austria	1,414	1,823	208	69	9	712	0	11.5
Sweden	3,560	0	26	3	15	540	0	11.4
Netherlands	469	3,308	192	0	65	415	0	11.1
Belgium	952	2,130	185	0		624	0	11.1
Spain	1,861	100	179	11		525	0	10.7
Portugal	1,497	58	164	3	19	670	0	10.6
Denmark	3,478	0	90	5		526	0	10.5
Italy	2,048	4	54	6	12	574	0	9.6
Finland	2,172	449	62	14	74	543	0	9.6
Greece	504	602	77	2	3	598	3	9.5
Slovenia	228	1,602	335	2	21	312	0	9.5
Czechia	479	1,923	3	12	7	316	0	9.2
Malta (*)	1,900	0	102			1,037	0	9.2
Bulgaria	268	697	9	7	4	543	0	8.5
Cyprus	745	923	134	34	0	299	0	8.1
Croatia	130	1,130	80	0	0	156	0	7.8
Estonia	178	1,337	3	3	21	421	0	7.8
Lithuania	216	1,239	23	0	1	595	1	7.5
Latvia	1,020	69	69	3	0	511	0	7.5
Hungary	204	1,031	27	18	8	441	0	7.3
Slovakia	69	1,159		12	3	287	0	7.2
Ireland	3,028	21	349		64	406	0	7.1
Poland (?)	162	1,027	98	24	13	321	0	6.5
Romania	259	926	7	2	1	281	0	6.3
Luxembourg	289	3,213	118	40	0	341	50	5.8
Switzerland	1,321	2,280	338	48	45	1,135	0	11.8
Norway (*)	4,137	0	0	0	15	668	0	10.5
Iceland	2,770	0	0	56	0	499	0	9.6

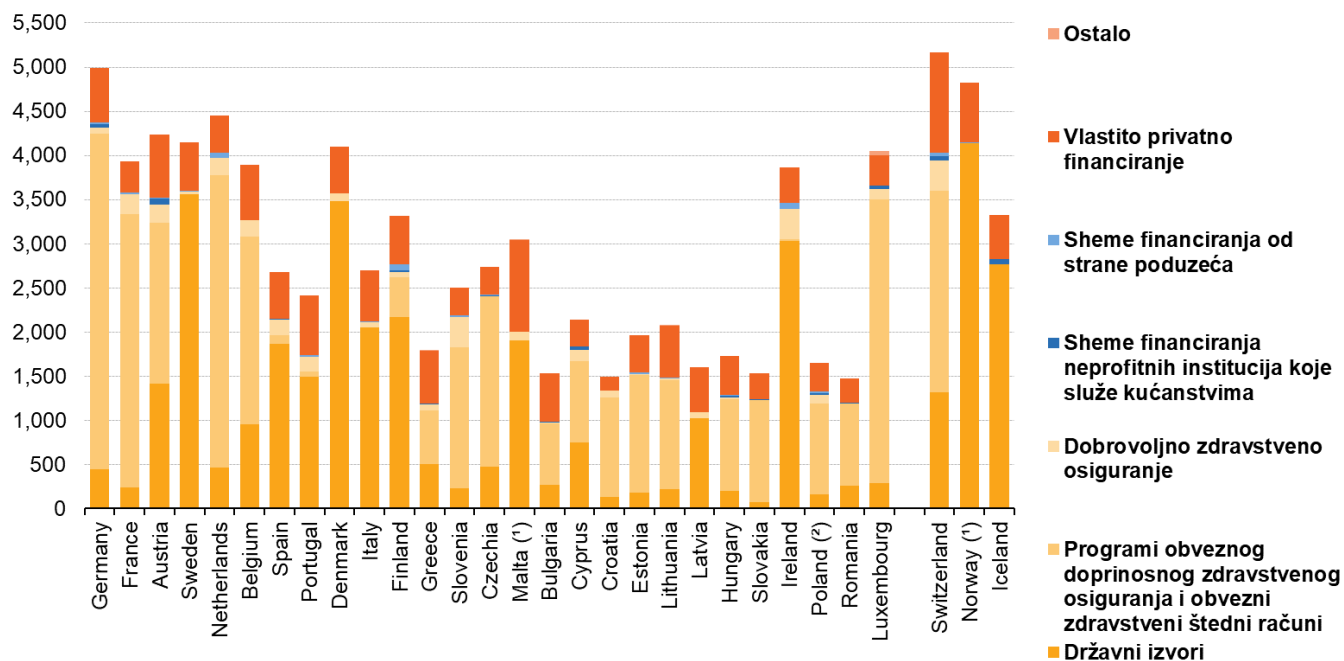
Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/97fb0b0b-7084-46dd-8dbe-b9efc5d45a56?lang=en>)

Iz Tablice 4. i sa Slike 4. vidljivo je da primjerice Švedska, Danska, Irska, Norveška i Island imaju sustave s većinskim državnim financiranjem zdravstvenih sustava, dok kod Njemačke, Francuske, Nizozemske i Luksemburga primjerice prevladava sustav obveznog i u manjem postotku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Švicarska i Bugarska države su s najvećim iznosom vlastitog (privatnog) financiranja zdravstvene zaštite, dok je u Hrvatskoj udio privatnog financiranja zdravstvene zaštite na najnižoj stopi u cijeloj Europi (156,00 EUR-a po stanovniku). Europski prosjek, s obzirom na prikazane podatke iz 2020. godine, je 509,00 EUR-a po stanovniku. Ako pak promatramo koliko iznosi uplata po stanovniku iz programa obveznog doprinosnog osiguranja, valja istaknuti da je od prosječnih 1.168,00 EUR-a po stanovniku Hrvatska i tu ispod prosjeka sa 1.130,00 EUR-a, dok se u Njemačkoj primjerice izdvaja 3.802,00 EUR-a, Francuskoj 3.092,00, Nizozemskoj 3.308,00, a Belgiji 2.130,00 EUR-a.

Slika 4.: Trenutna potrošnja za zdravstvo po stanovniku analizirana prema izvoru financiranja, 2020.



Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/97fb0b0b-7084-46dd-8dbe-b9efc5d45a56?lang=en>)

S obzirom na navedeno, važno je razmotriti i potrošnju za zdravstvo prema određenim funkcijama. Stoga se promatraju podaci prikazani u Tablici 5. i na Slici 5.

S obzirom na prikazane podatke može se zaključiti da gotovo sve europske države najviše troše za kurativno liječenje i rehabilitacijsku njegu te da je većina zemalja blizu europskog prosjeka od 53,1% (Hrvatska 56,3%). Niže troškove od prosječnih za ovu stavku imaju Njemačka (49,6%), Nizozemska (49%), Malta (48,4%) i Norveška (48,8%). Vezano uz činjenicu da navedene države, kako je već ranije uočeno, troše velike iznose za zdravstvenu skrb, ovakvi rezultati ne mogu biti indikator da bi se za ovu vrstu skrbi trebalo trošiti manje.

Tablica 5.: Glavne funkcije potrošnje za zdravstvo, 2020.

(% od trenutne potrošnje za zdravstvo)

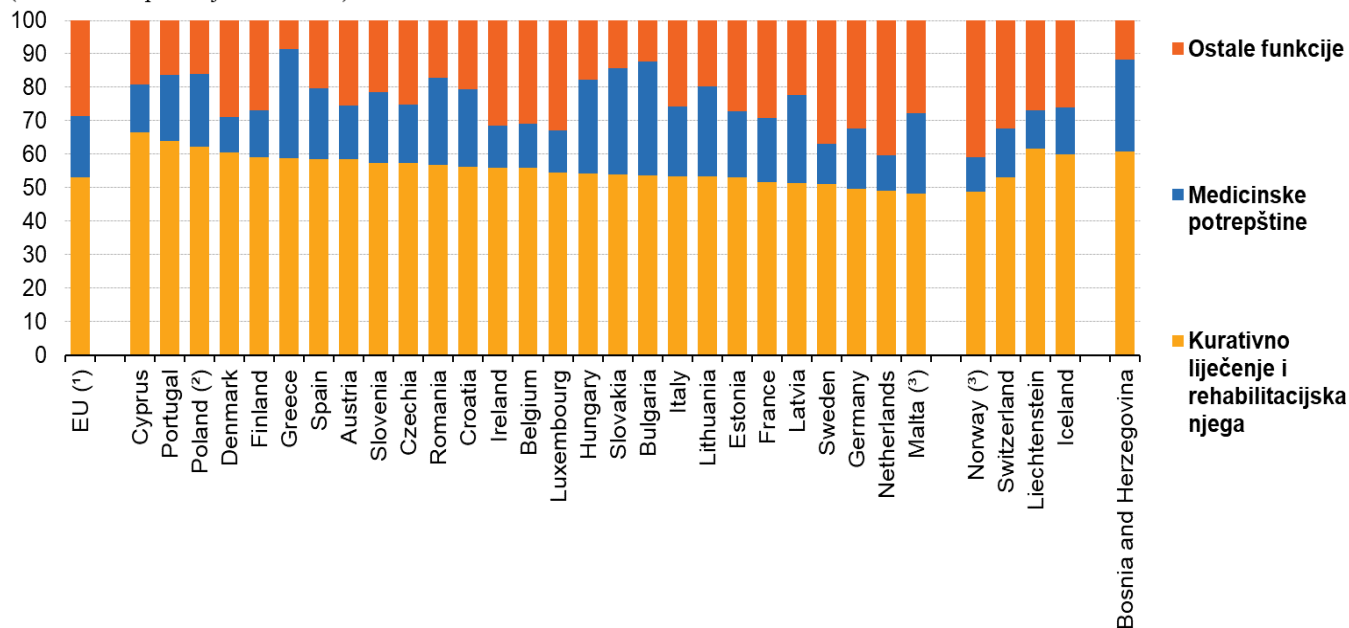
	Kurativno liječenje i rehabilitacijska njega	Medicinske potrepštine	Ostale funkcije
EU (1)	53.1	18.2	28.7
Cyprus	66.7	14.2	19.1
Portugal	64.1	19.8	16.2
Poland (2)	62.3	21.7	16.0
Denmark	60.6	10.5	28.9
Finland	59.0	14.2	26.8
Greece	59.0	32.5	8.5
Spain	58.6	21.1	20.3
Austria	58.4	16.2	25.3
Slovenia	57.4	21.1	21.5
Czechia	57.4	17.3	25.3
Romania	57.0	25.9	17.1
Croatia	56.3	23.2	20.6
Ireland	56.1	12.6	31.3
Belgium	55.9	13.1	31.0
Luxembourg	54.4	12.8	32.8
Hungary	54.3	28.1	17.6
Slovakia	53.9	31.8	14.3
Bulgaria	53.6	34.1	12.4
Italy	53.5	20.8	25.8
Lithuania	53.3	26.9	19.8
Estonia	53.1	19.8	27.0
France	51.6	19.4	29.1
Latvia	51.5	26.2	22.3
Sweden	51.1	12.2	36.8
Germany	49.6	18.2	32.2
Netherlands	49.0	10.6	40.4
Malta (3)	48.4	24.0	27.7
Norway (3)	48.8	10.2	41.0
Switzerland	53.1	14.6	32.4
Liechtenstein	61.6	11.4	27.0
Iceland	60.1	13.9	26.0
Bosnia and Herzegovina	60.8	27.6	11.6

Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/1d63f00c-50e3-4014-981a-db2906c5ce71?lang=en>)

Slika 5.: Glavne funkcije potrošnje za zdravstvo, 2020.

(% od trenutne potrošnje za zdravstvo)



Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/1d63f00c-50e3-4014-981a-db2906c5ce71?lang=en>)

Kako je vidljivo iz Tablice 5. i Slike 5. razlika u financiranju zdravstvenih sustava najveća je u stavkama *Medicinske potrepštine* i *Ostale funkcije*.

Prema podacima iz 2020. godine, europski prosjek troškova za stavku *Medicinske potrepštine* je 18,2%, a Hrvatska na ovu stavku troši 23,2% financijskih sredstava za zdravstvenu skrb. Po ovoj stavci više od ove vrijednosti troši zdravstveni sustav Grčke (32,5%), Rumunjske (25,9%), Mađarske (28,1%), Slovačke (31,8%) i Bugarske (34,1%). S druge strane najmanje po ovoj stavci troše države Danska (10,5%), Norveška (10,2%), Nizozemska (10,6%), Švedska (12,2%) i Irska (12,6%).

Ostale funkcije stavka je koja također čini veliku razliku u količini financijskih sredstava koje europske države izdvajaju za svoje zdravstvene sustave. Europski prosjek ove stavke je 28,7%, a u hrvatskom zdravstvenom sustavu za nju se od ukupnih sredstava izdvaja 20,6%. U nizozemskom i norveškom sustavu za ovu se stavku izdvaja više od 40% ukupnih sredstava, a zemlje koje po ovoj stavci izdvajaju više od 30% su Irska, Belgija, Luksemburg, Švedska, Njemačka i Švicarska.

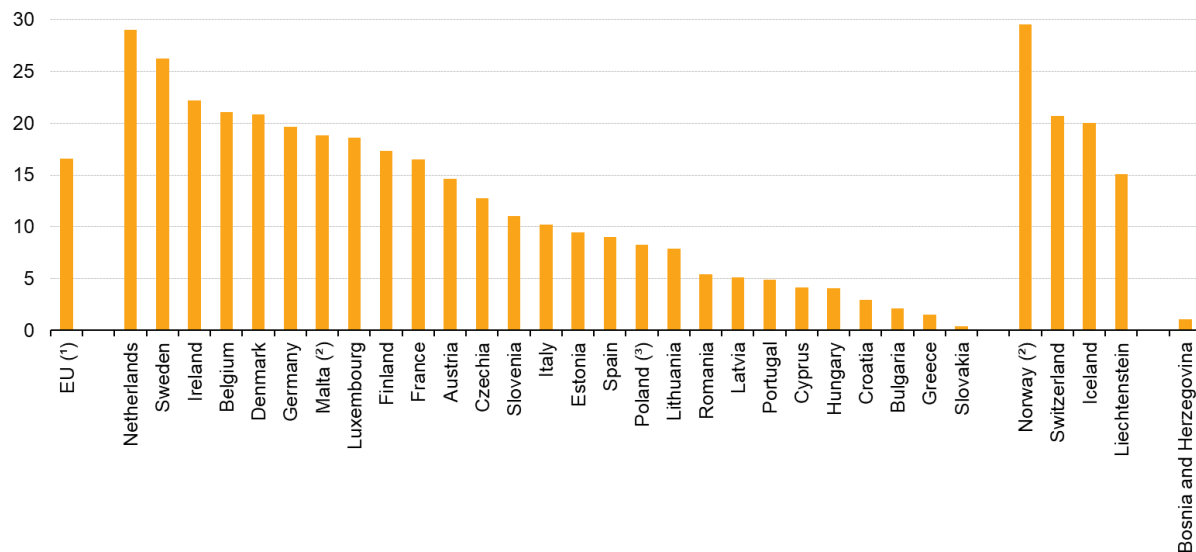
Tablica 6.: Dugoročna zdravstvena zaštita u postotku od trenutne potrošnje za zdravstvo

	(%)
EU (1)	16.6
Netherlands	29.0
Sweden	26.2
Ireland	22.2
Belgium	21.1
Denmark	20.9
Germany	19.6
Malta (2)	18.8
Luxembourg	18.6
Finland	17.3
France	16.5
Austria	14.6
Czechia	12.8
Slovenia	11.0
Italy	10.2
Estonia	9.4
Spain	9.0
Poland (3)	8.3
Lithuania	7.9
Romania	5.4
Latvia	5.1
Portugal	4.9
Cyprus	4.2
Hungary	4.1
Croatia	3.0
Bulgaria	2.1
Greece	1.5
Slovakia	0.4
Norway (2)	29.5
Switzerland	20.7
Iceland	20.0
Liechtenstein	15.1
Bosnia and Herzegovina	1.1

Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/038fb245-a56d-46b8-b284-23fe883482f3?lang=en>)

Slika 6.: Dugoročna zdravstvena zaštita u postotku od trenutne potrošnje za zdravstvo



Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/038fb245-a56d-46b8-b284-23fe883482f3?lang=en>)

Tablica 6. i Slika 6. prikazuju podatke iz 2020. godine o dugoročnoj zdravstvenoj zaštiti u postotku od trenutne potrošnje za zdravstvo. Europski prosjek ovog pokazatelja iznosio je prema prikazanim podacima 16,6%. Hrvatska je prema ovom pokazatelju na samom dnu europske ljestvice sa samo 3% izdvajanja po ovoj stavci, a manja izdvajanja po istoj imaju samo Bugarska (2,1%), Grčka (1,5%) i Slovačka (0,4%). Za ovu se stavku najviše izdvaja u Nizozemskoj (29%), Švedskoj (26,2%), Irskoj (22,2%), Belgiji (21,1%) i Danskoj (19,6%).

I u konačnici, s obzirom na pokazatelje koje prati europska statistička agencija, valja promotriti i zdravstvenu potrošnju po ključnim pružateljima usluga koja je prikazana u Tablici 7. i na Slici 7.

Tablica 7.: Potrošnja za zdravstvo prema ključnim pružateljima usluga, 2020.

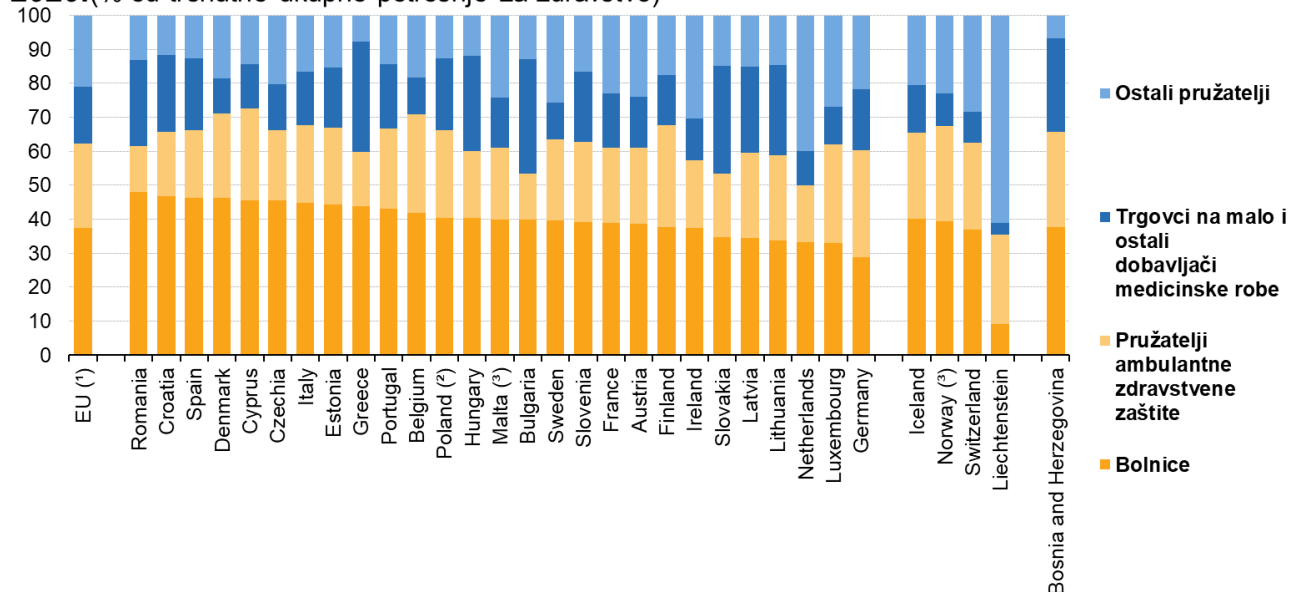
(% od trenutne ukupne potrošnje za zdravstvo)

	Bolnice	Pružatelji ambulantne zdravstvene zaštite	Trgovci na malo i ostali dobavljači medicinske robe	Ostali pružatelji
EU (1)	37.4	24.8	16.7	21.1
Romania	48.0	13.6	25.2	13.2
Croatia	46.8	19.0	22.7	11.5
Spain	46.4	19.9	21.1	12.7
Denmark	46.3	24.7	10.5	18.4
Cyprus	45.6	27.1	13.0	14.4
Czechia	45.5	20.7	13.6	20.3
Italy	44.8	23.0	15.7	16.5
Estonia	44.2	22.8	17.6	15.3
Greece	43.8	16.0	32.5	7.7
Portugal	43.2	23.5	19.0	14.4
Belgium	41.8	29.1	10.9	18.2
Poland (2)	40.4	25.8	21.3	12.5
Hungary	40.3	19.7	28.1	11.9
Malta (3)	40.0	21.1	14.8	24.2
Bulgaria	39.8	13.7	33.6	12.8
Sweden	39.7	23.8	10.8	25.8
Slovenia	39.1	23.6	20.8	16.5
France	38.9	22.2	15.9	22.9
Austria	38.7	22.3	15.0	24.0
Finland	37.7	30.1	14.6	17.6
Ireland	37.3	20.0	12.3	30.3
Slovakia	34.7	18.8	31.8	14.7
Latvia	34.6	25.0	25.2	15.2
Lithuania	33.8	25.1	26.6	14.6
Netherlands	33.3	16.7	10.2	39.8
Luxembourg	33.1	28.9	11.1	26.9
Germany	28.8	31.4	18.1	21.7
Iceland	40.0	25.5	13.9	20.6
Norway (3)	39.3	28.1	9.8	22.9
Switzerland	37.1	25.5	9.1	28.4
Liechtenstein	9.2	26.3	3.6	61.0
Bosnia and Herzegovina	37.8	28.0	27.4	6.8

Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/5c5be358-1442-4982-8d5f-4cc1e98f4654?lang=en>)

Slika 7.: Potrošnja za zdravstvo prema ključnim pružateljima usluga, 2020. (% od trenutne ukupne potrošnje za zdravstvo)



Izvor: Izradio autor prema službenim podacima Eurostat-a

(<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/5c5be358-1442-4982-8d5f-4cc1e98f4654?lang=en>)

Prema prikazanim podacima europski prosjek potrošnje za zdravstvenu zaštitu koju pružaju bolnice (% od ukupne potrošnje) je 37,4%. Hrvatska je prema ovom pokazatelju iznad prosjeka sa 46,8% dok su primjerice Nizozemska (33,3%), Luksemburg (33,1%) i Njemačka (28,8%) ispod europskog prosjeka. Kod ambulantne zdravstvene zaštite EU prosjek je 24,8%, pri čemu je Hrvatska na 19%. Njemačka je primjerice kod ovog pokazatelja daleko iznad prosjeka s 31,4%. Kada promatramo potrošnju s obzirom na dobavljače medicinske robe, ovdje je prosjek 16,7%, a hrvatski je rezultat 22,7%. Više iznose ovog postotka imaju Rumunjska (25,2%), Grčka (32,5%), Mađarska (28,1%), Bugarska (33,6%), Slovačka (31,8%), Latvija (25,2%) i Litva (26,6%).

Kada govorimo o potrošnji kroz *Ostale pružatelje*, europski prosjek iznosi 21,1% pri čemu Hrvatska na ovu stavku izdvaja 11,5%. Niže troškove od hrvatskih po ovoj stavci bilježi samo Grčka 7,7%. Najviše iznose po ovoj stavci imaju Nizozemska (39,8%), Irska (30,3%) i Lihtenštajn (28,4%).

4.2.3. Analiza pomoću linearne regresije

Temeljem gore izloženih podataka za EU iz 2020. godine, linearnom regresijom ispituje se ovisnost pojedinih varijabli. Prvi par promatranih varijabli je postotak izdvajanja za zdravstvo i državno financiranje europskih zdravstvenih sustava. Rezultati analize:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 1

R-squared: 0.0586, Adjusted R-Squared: 0.0273

F-statistic vs. constant model: 1.87, p-value = 0.182

ukazuju na nizak R^2 i p-vrijednost višu od 0,05, što znači da ne postoji ovisnost niti linearnog ni nelinearnog tipa između ovih promatranih varijabli, odnosno da postotak ukupnog izdvajanja za financiranje zdravstvenih sustava nema veze s modelom državnog financiranja istog.

Drugi par promatranih varijabli je postotak izdvajanja za zdravstvo i financiranje putem doprinosnog zdravstvenog osiguranja. Rezultati analize:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 1.01

R-squared: 0.0343, Adjusted R-Squared: 0.00213

F-statistic vs. constant model: 1.07, p-value = 0.31

također ukazuju na nizak R^2 i p-vrijednost višu od 0,05, što znači da ne postoji ovisnost niti linearnog ni nelinearnog tipa između ovih promatranih varijabli, odnosno da postotak ukupnog izdvajanja za financiranje zdravstvenih sustava nema veze niti s ovim modelom financiranja.

Treći analizirani par je postotak izdvajanja za zdravstvo i ostali izvori financiranja zdravstvenih sustava. Rezultati analize:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 1.01

R-squared: 0.0381, Adjusted R-Squared: 0.00609

F-statistic vs. constant model: 1.19, p-value = 0.284

Kao i kod prethodne dvije analize ukazuju na nizak R^2 i također p-vrijednost višu od 0,05, što znači da ne postoji ovisnost niti linearnog ni nelinearnog tipa između ovih promatranih varijabli, odnosno da postotak ukupnog izdvajanja za financiranje zdravstvenih sustava nema veze s ovim modelom financiranja.

Zaključno, iz ovih analiza može se zaključiti da postotak BDP-a za financiranje zdravstva na temelju podataka europskih zemalja nije u ovisnosti s modelom financiranja zdravstvenih sustava.

Ako se pak promotri odnos postotka BDP-a za zdravstvo i postotak koji se iz sredstava za zdravstvenu skrb izdvaja za kurativnu i rehabilitacijsku skrb rezultati:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 1.01

R-squared: 0.0523, Adjusted R-Squared: 0.0207

F-statistic vs. constant model: 1.65, p-value = 0.208

također ne dovode ova dva indikatora u vezu.

Isto se odnosi i na vezu postotka BDP-a za zdravstvo i postotak koji se iz sredstava za zdravstvenu skrb izdvaja za medicinske potrepštine prema rezultatima:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 0.983

R-squared: 0.0941, Adjusted R-Squared: 0.0639

F-statistic vs. constant model: 3.12, p-value = 0.0877.

Ako se pak promatra veza postotka BDP-a za zdravstvo i postotak koji se iz sredstava za zdravstvenu skrb izdvaja za ostale funkcije rezultati su:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 0.95

R-squared: 0.153, Adjusted R-Squared: 0.125

F-statistic vs. constant model: 5.43, p-value = 0.0268

i ukazuju da između ova dva parametra postoji veza i više je nelinearnog karaktera (R^2 je 0,153 dok je p-vrijednost manja od 0,05).

Zaključno, kurativna medicinska skrb i medicinske potrepštine moraju se osigurati, dok se ostale funkcije zdravstvenog sustava mogu povećavati i smanjivati ovisno o postotku BDP-a koji se za zdravstvene sustave izdvaja.

Ako se pak promotri odnos postotka BDP-a koji se odvaja za zdravstvo i postotka izdvojenih sredstava za financiranje bolnica rezultati:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 1.02

R-squared: 0.0166, Adjusted R-Squared: -0.0162

F-statistic vs. constant model: 0.506, p-value = 0.483

ukazuju da ne postoji veza linearnog niti nelinearnog tipa.

Isto vrijedi i za postotak izdvojenih sredstava za financiranje ambulantnog liječenja prema rezultatima:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 1.01

R-squared: 0.0435, Adjusted R-Squared: 0.0116

F-statistic vs. constant model: 1.36, p-value = 0.252;

te za financiranje dobavljača:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 0.991

R-squared: 0.0787, Adjusted R-Squared: 0.048

F-statistic vs. constant model: 2.56, p-value = 0.12;

i ostalih pružatelja usluga:

Number of observations: 32, Error degrees of freedom: 30

Root Mean Squared Error: 1.03

R-squared: 0.000763, Adjusted R-Squared: -0.0325

F-statistic vs. constant model: 0.0229, p-value = 0.881.

Zaključno, postotak BDP-a koji se izdvaja za zdravstvo ne utječe na postotak koji se iz fonda financiranja zdravstvene skrbi izdvaja za bolnice, ambulantno liječenje, dobavljače i ostale pružatelje usluga unutar zdravstvene skrbi.

S druge strane, ako se promatra veza izdvajanja za zdravstvo po korisniku i postotak izdvajanja za zdravstvo kojima se financiraju bolnice rezultati su sljedeći:

Number of observations: 31, Error degrees of freedom: 29

Root Mean Squared Error: 0.876

R-squared: 0.282, Adjusted R-Squared: 0.258

F-statistic vs. constant model: 11.4, p-value = 0.0021

odnosno, postoji veza između ove dvije varijable (R^2 je 0,282, a p-vrijednost manja od 0,05).

Rezultati za odnos izdvajanja za zdravstvo po korisniku i postotak izdvajanja za zdravstvo kojima se financiraju ambulante su:

Number of observations: 31, Error degrees of freedom: 29

Root Mean Squared Error: 0.902

R-squared: 0.238, Adjusted R-Squared: 0.212

F-statistic vs. constant model: 9.08, p-value = 0.00533

tj. i u ovom slučaju postoji veza.

Izuzetna povezanost odnosa izdvajanja za zdravstvo po korisniku i postotka izdvajanja za zdravstvo kojima se financiraju dobavljači očituje se u rezultatima:

Number of observations: 31, Error degrees of freedom: 29

Root Mean Squared Error: 0.61

R-squared: 0.652, Adjusted R-Squared: 0.64

F-statistic vs. constant model: 54.4, p-value = 3.99e-08.

Isto se odnosi i na povezanost izdvajanja za zdravstvo po korisniku i postotka izdvajanja za zdravstvo kojima se financiraju ostali pružatelji usluga:

Number of observations: 31, Error degrees of freedom: 29

Root Mean Squared Error: 6.59

R-squared: 0.591, Adjusted R-Squared: 0.577

F-statistic vs. constant model: 41.9, p-value = 4.4e-07.

Zaključno, postoji čvrsta veza između izdvajanja za zdravstvo po korisniku i postotka izdvajanja za zdravstvo kojima se financiraju pružatelji zdravstvenih usluga (bolnice, ambulante i ostali pružatelji usluga).

Ako se pak promatra odnos između izdvajanja za zdravstvo po korisniku i financiranje zdravstvene zaštite iz državnog proračuna (državni izvori) rezultati :

Number of observations: 31, Error degrees of freedom: 29

Root Mean Squared Error: 0.996

R-squared: 0.0714, Adjusted R-Squared: 0.0394

F-statistic vs. constant model: 2.23, p-value = 0.146

ukazuju na činjenicu da ove dvije varijable nisu povezane (R^2 je nizak, a p-vrijednost viša od 0,05).

Isto se odnosi i na rezultate analize kojom se ispitivala povezanost izdvajanja za zdravstvo po korisniku i financiranje zdravstvene zaštite putem nekog oblika zdravstvenog osiguranja:

Number of observations: 31, Error degrees of freedom: 29

Root Mean Squared Error: 1.02

R-squared: 0.0332, Adjusted R-Squared: -0.000126

F-statistic vs. constant model: 0.996, p-value = 0.326;

te povezanost izdvajanja za zdravstvo po korisniku i financiranje zdravstvene zaštite iz ostalih izvora:

Number of observations: 31, Error degrees of freedom: 29

Root Mean Squared Error: 0.989

R-squared: 0.0857, Adjusted R-Squared: 0.0542

F-statistic vs. constant model: 2.72, p-value = 0.11.

Slijedom ovih analiza može se zaključiti da izdvajanje financijskih sredstava za financiranje zdravstvenih sustava po korisniku i način financiranja zdravstvenih sustava nisu povezani.

4.3. Preporuke za novi model financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava

S obzirom na činjenice do kojih se došlo prethodno izloženim analizama:

- postotak BDP-a za financiranje zdravstva na temelju podataka europskih zemalja nije u ovisnosti s modelom financiranja zdravstvenih sustava
- kurativna medicinska skrb i medicinske potrepštine moraju se osigurati, dok se ostale funkcije zdravstvenog sustava mogu povećavati i smanjivati ovisno o postotku BDP-a koji se za zdravstvene sustave izdvaja
- postotak BDP-a koji se izdvaja za zdravstvo ne utječe na postotak koji se iz fonda financiranja zdravstvene skrbi izdvaja za bolnice, ambulantno liječenje, dobavljače i ostale pružatelje usluga unutar zdravstvene skrbi
- postoji čvrsta veza između izdvajanja za zdravstvo po korisniku i postotka izdvajanja za zdravstvo kojima se financiraju pružatelji zdravstvenih usluga (bolnice, ambulante i ostali pružatelji usluga)
- izdvajanje financijskih sredstava za financiranje zdravstvenih sustava po korisniku i način financiranja zdravstvenih sustava nisu povezani, moguće je izložiti preporuke za strategiju promjene financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava kako slijedi u nastavku.

1. *Financiranje temeljeno na rezultatima:* Potrebno je pomaknuti fokus s postotka BDP-a koji se izdvaja za zdravstvo na modele financiranja temeljene na rezultatima. Prioritet treba biti na strategijama financiranja koje naglašavaju zdravstvene rezultate, učinkovitost i opću dobrobit stanovništva.

2. *Prioritet u liječenju i medicinskim potrepštinama:* Valja osigurati stabilan i dovoljan proračun za medicinsku skrb i medicinske potrepštine. Oni trebaju biti prepoznati kao bitne komponente zdravstvene skrbi koje izravno utječu na rezultate pacijenata.

3. *Fleksibilno planiranje proračuna za nekurativne funkcije:* Potrebno je omogućiti fleksibilnost u proračunu za nekurativne funkcije na temelju ukupnog iznosa dodijeljenog zdravstvenim sustavima. S tim u vezi valja procijeniti potražnju za nekurativnim uslugama i prilagoditi financiranje u skladu s promjenjivim potrebama zdravstvene skrbi.

4. *Strateška raspodjela pružateljima usluga:* Postoji jaka veza između izdvajanja za zdravstvenu skrb po korisniku i postotka izdvajanja za zdravstvenu skrb kojim se financira pružatelje zdravstvenih usluga. Stoga valja razviti strateški plan raspodjele koji daje prioritet financiranju bolnicama, klinikama i drugim pružateljima usluga na temelju potreba usmjerenih na korisnika.

5. *Pristup usmjeren na korisnika:* S obzirom na provedenu analizu, činjenice ukazuju na to da valja provesti pristup financiranju zdravstvene skrbi usmjeren na korisnika, osiguravajući da se financijska sredstva dodjeljuju na način koji izravno koristi i poboljšava zdravstvene ishode krajnjih korisnika. S obzirom na podatke o demografskim i zdravstvenim trendovima kako bi se moglo prilagoditi usluge potrebama stanovništva, potrebno je dizajnirati model financiranja zdravstvenog sustava.

6. *Odvajanje metode financiranja i dodjele korisniku:* Valja uočiti da raspodjela financijskih sredstava za zdravstvene sustave po korisniku i način financiranja zdravstvenih sustava nisu nužno povezani. Stoga je potrebno odvojiti ove aspekte kako bi se mogao dizajnirati prilagodljiviji i učinkovitiji model financiranja.

7. *Financiranje temeljeno na učinku:* Također, treba razmisliti o uvođenju modela financiranja temeljenih na učinku koji povezuju financiranje s postizanjem specifičnih zdravstvenih ishoda, metrikom kvalitete i zadovoljstvom pacijenata. To potiče pružatelje usluga da se usredotoče na

učinkovito pružanje visokokvalitetne skrbi. S tim je u vezi potreba za višim stupnjem adekvatne digitalizacije kako bi se mogli pratiti i procesuirati nužni podaci.

8. Transparentna raspodjela sredstava: Transparentnost u raspodjeli sredstava iz fonda za financiranje zdravstvene zaštite bolnicama, izvanbolničkom liječenju, dobavljačima i drugim pružateljima usluga treba biti jasno izložena uz kriterije za dodjelu i uključivanje dionika u proces donošenja odluka.

9. Ulaganje u javno zdravstvo: Ulaganje u javno zdravstvo može smanjiti ukupni teret zdravstvenog sustava i dugoročno poboljšati zdravlje stanovništva. U tom je kontekstu izuzetno važna dodjela sredstva za preventivne i javnozdravstvene mjere.

10. Kontinuirana evaluacija i prilagodba: Uspostava mehanizama kontinuirane evaluacije strategije financiranja podrazumijeva redovitu procjenu utjecaja promjena i spremnost na prilagodbu strategije na temelju novih zdravstvenih potreba, ekonomskih uvjeta i demografskih promjena. Tu opet valja istaknuti potrebu za naprednim digitalnim rješenjima koji bi bili adekvatni za praćenje relevantnih podataka. Isto tako prilagodba znači uvođenje adekvatnih tehnoloških rješenja koja poboljšavaju dijagnostiku i liječenje pacijenata te adekvatnu obuku liječnika i ostalog osoblja za takva rješenja.

11. Međunarodni „benchmarking“: Valja kontinuirano uspoređivati hrvatski zdravstveni sustav s najboljom međunarodnom praksom uz prihvaćanje ishoda uspješnih modela u drugim zemljama i prilagodbu strategija koje su se pokazale učinkovitima u postizanju pozitivnih zdravstvenih ishoda.

Cilj ovih preporuka je stvoriti fleksibilnu strategiju financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava usmjerenu na korisnika i usmjerenu na ishode, potičući učinkovitost, transparentnost i poboljšane zdravstvene ishode.

4.4. Procjena efikasnosti novog modela financiranja i usporedba s postojećim

Kada se procjenjuje efikasnost novog modela financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj i uspoređuje s postojećim modelom, ključno je razmotriti više elemenata koji obuhvaćaju financijske, zdravstvene, društvene i upravljačke aspekte. Evo nekoliko ključnih područja za usporedbu:

Financijski Aspekt:

Troškovi: Analiza ukupnih troškova novog modela, uključujući administrativne troškove, troškove zdravstvenih usluga i investicije u infrastrukturu.

Učinkovitost: Procjena učinkovitosti novog modela u upravljanju troškovima i poboljšanju pružanja zdravstvene skrbi.

Izvori financiranja: Usporedba raznolikosti i održivosti izvora financiranja između novog i postojećeg modela.

Zdravstveni Aspekt:

Pristupačnost: Procjena kako novi model utječe na pristupačnost zdravstvenih usluga za građane.

Kvaliteta zdravstvene skrbi: Usporedba razine kvalitete pruženih zdravstvenih usluga između modela.

Brzina i dostupnost: Usporedba liste čekanja, brzine pristupa uslugama i hitnim slučajevima između dva modela.

Društveni Aspekt:

Socijalna pravednost: Procjena kako modeli utječu na socijalnu pravednost, posebno pristup zdravstvenim uslugama za najranjivije skupine.

Raznolikost: Uvažavanje kako novi model podržava raznolikost i uključivost zdravstvenih usluga.

Upravljački Aspekt:

Upravljanje rizicima: Procjena kako novi model upravlja rizicima i prilagođava se promjenama.

Uključenost društva: Analiza procesa uključivanja javnosti, stručnjaka i dionika u oblikovanje novog modela.

Kvalitetna procjena podrazumijeva interakciju stručnih mišljenja iz područja zdravstva, ekonomije, sociologije te upravljanja kako bi se stvorila cjelovita analiza. Konačni cilj je poboljšanje zdravstvenog sustava, procjena i prilagodba stvarnih troškova te poboljšanje pristupa i kvalitete zdravstvenih usluga za sve građane Hrvatske.

Kako bi sustav financiranja bio učinkovitiji u procesu digitalne transformacije, koja je ključ učinkovite transformacije, različiti dionici zdravstvenog sustava moraju koordinirati svoje djelovanje pa valja izdvojiti:

Medicinsko osoblje: To prvenstveno uključuje liječnike i medicinske sestre koji su izravno uključeni u pružanje zdravstvenih usluga. Njihova koordinacija ključna je za učinkovitu implementaciju digitalnih zdravstvenih tehnologija i pružanje kvalitetne skrbi (Laurisz i sur., 2023.);

Pružatelji zdravstvenih usluga i oni koji plaćaju: Pružatelji zdravstvenih usluga, poput bolnica i klinika, i oni koji plaćaju usluge, uključujući osiguravajuća društva i vladine agencije, moraju surađivati kako bi osigurali učinkovitu upotrebu digitalnih zdravstvenih tehnologija i odgovarajuću naknadu za pružene usluge (<https://pressbooks.pub/jln1/chapter/3-introducing-the-key-stakeholders-patients-providers-payors-and-policymakers-the-four-ps/>);

Pacijenti: pacijenti igraju ključnu ulogu u usvajanju digitalnih zdravstvenih tehnologija i upravljanju vlastitim zdravljem. Njihovo aktivno sudjelovanje i angažman ključni su za uspjeh digitalne transformacije u zdravstvu (<https://www.sju.edu/centers/icb/blog/health-care-reform-duties-and-responsibilities-of-the-stakeholders>);

Kreatori politika: Kreator politika odgovorni su za postavljanje regulatornog okvira i stvaranje okruženja pogodnog za usvajanje digitalnih zdravstvenih tehnologija. Njihove odluke utječu na financiranje i provedbu digitalnih zdravstvenih inicijativa (<https://pressbooks.pub/jln1/chapter/3-introducing-the-key-stakeholders-patients-providers-payors-and-policymakers-the-four-ps/>);

Vanjski dionici: Vanjski dionici, kao što su radnički sindikati i farmaceutske tvrtke, također igraju ulogu u zdravstvenom sustavu i možda će trebati koordinirati svoje postupke kako bi se uskladili

s inicijativama za digitalnu transformaciju i financiranje istih (Laurisz i sur., 2023., <https://www.sju.edu/centers/icb/blog/health-care-reform-duties-and-responsibilities-of-the-stakeholders>).

Koordinacija među tim dionicima ključna je za uspješnu integraciju digitalnih tehnologija u zdravstveni sustav i učinkovito financiranje ovih inicijativa. Suradnja i usklađivanje napora mogu pomoći osigurati da sustav financiranja podržava učinkovitu provedbu digitalne transformacije u zdravstvu.

4.5. Rasprava o radnoj hipotezi

Postavljena radna hipoteza u ovom istraživanju bila je: *temeljem odabranih značajnih parametara moguće je predložiti smjernice za učinkoviti model financiranja zdravstva i zdravstvenih usluga u Hrvatskoj koji bi bio ekonomičniji, efikasniji i efektivniji od postojećeg.*

U teorijskom dijelu rada izloženi su temeljni najčešće korištenih modela financiranja zdravstvenih sustava te obilježja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. S tim u vezi istaknuto je da iako Hrvatska ima dobro organiziran zdravstveni sustav, suočava se s izazovima u smislu financiranja, infrastrukture, demografije i upravljanja resursima. Stoga su reforme ključne za održavanje kvalitetne i pristupačne zdravstvene zaštite za sve građane.

U analitičkom dijelu postojećeg modela financiranja zdravstva u Hrvatskoj došlo se do spoznaja da se putem obveznog zdravstvenog osiguranja osigurava pristup osnovnoj zdravstvenoj zaštiti svim osiguranim osobama, a državna financijska sredstva omogućavaju osnovne zdravstvene usluge, poput primarne zdravstvene zaštite, hitne pomoći i prevencije bolesti. Međutim, kasnije je istaknuto kroz analizu studije McKinsey&Company da je potrebno još mnogo ulaganja u sustav kako bi se hrvatska zdravstvena zaštita podigla na europsku razinu, a do takvih se zaključaka došlo i kroz komparativnu i statističku analizu.

Provedena analiza je pokazala u teorijskom i aplikativnom smislu da ključni parametri koji utječu na efikasnost i efektivnost uključuju faktore kao što su izvori financiranja, metode alokacije potrebnih sredstava, zdravstvenu infrastrukturu i strategije preventivne njege zdravstvene zaštite.

Temeljem komparativnih i statističkih analiza kao što je ova provedena u istraživanju moguće je poboljšati postojeće strategije i potencijalna područja za osuvremenjivanje zdravstvenog sustava.

Komparativna analiza je pokazala da je prema hrvatskom modelu financiranja zdravstvenog sustava Hrvatska u mnogim pokazateljima koji se prema europskoj statističkoj mreži Eurostat prate vezano uz ove sustave.

Tako je prema pokazatelju *Trenutna potrošnja za zdravstvenu zaštitu* (podatci iz 2020. godine) s 963,00 EUR po stanovniku Hrvatska daleko ispod europskog prosjeka od 3.269,00 EUR; *Rashodi za zdravstvo u odnosu na BDP* su 7,8% što je također ispod EU prosjeka od 10,9%; *Udio privatnog financiranja zdravstvene zaštite* na najnižoj stopi u cijeloj Europi (156,00 EUR-a po stanovniku); u postocima se troši više na kurativno liječenje i rehabilitaciju te medicinske potrepštine od prosjeka država EU, dok se na ostale funkcije troši manje (navedeno je logično jer Hrvatska troši manje od ostalih država na ukupnu zdravstvenu zaštitu); te je najbitniji pokazatelj *Dugoročna zdravstvena zaštita* u postotku od trenutne potrošnje za zdravstvo samo 3% dok je EU prosjek 16,6%.

Statističkom obradom podataka došlo se pak do uvida u stanje koje pokazuje da postotak BDP-a za financiranje zdravstva na temelju podataka europskih zemalja nije u ovisnosti s modelom financiranja zdravstvenih sustava niti njegovim funkcijama. Stoga je važnije pratiti pokazatelj *Izdvajanje za zdravstvo po korisniku*, prema kojemu se može doći do zaključaka temeljem kojih je moguće predložiti modele financiranja i razvoja učinkovitog zdravstvenog sustava u Hrvatskoj.

Sumarno, nakon provedene analize valja istaknuti da izdvajanje financijskih sredstava za financiranje zdravstvenih sustava po korisniku i način financiranja zdravstvenih sustava nisu povezani te hrvatski model financiranja zdravstvenog sustava mora biti dizajniran na temelju realne slike, odnosno mogućnosti izdvajanja za zdravstvo po korisniku, a tek podizanjem razine na europski prosjek može stvoriti modalitete prema kojima će se moći dizajnirati efikasniji i efektivniji zdravstveni sustav u Hrvatskoj, kakav se prema istaknutoj studiji McKinsey&Company očekuje do 2040. godine.

5. ZAKLJUČAK

Odabir modela financiranja zdravstvenog sustava ima utjecaj na sve korisnike sustava, utječući na njihov pristup dobrobitima i sveukupno funkcioniranje javnog sustava.

Univerzalni pristup zdravstvenim uslugama i njihovo besplatno pružanje ne jamči automatski pravednost i učinkovitost. Jednakost znači da se prema svima primjenjuje isti tretman. Učinkovitost znači da se zdravstveni izdaci drže pod kontrolom, uzimajući u obzir dobivene zdravstvene rezultate.

Mjerenje razina zdravlja u prošlosti je bilo usredotočeno na agregatne stope mortaliteta i morbiditeta kao surogate za „zdravlje“. U smislu predloženog okvira, takve mjere mogu pružiti svojevrsni uvid u dimenzije ravnoteže, ali su očito neadekvatne za procjenu aktualizacije.

U radu su, s obzirom na postavljeni cilj istraživanja, postavljena četiri istraživačka pitanja.

S obzirom na prvo postavljeno pitanje:

IPI: Koja su bitna obilježja postojećih modela financiranja zdravstvenih usluga?

moгуće je zaključiti:

Bitna obilježja postojećih modela financiranja zdravstvenih usluga su:

Način financiranja: postoje različiti načini financiranja zdravstvenih usluga, uključujući Bismarckov model, Beveridgeov model, nacionalni zdravstveni sustav i tržišni model;

Izvori financiranja: zdravstvene usluge mogu se financirati iz različitih izvora, kao što su državni proračuni, obvezni ili dobrovoljni unaprijed plaćeni programi osiguranja, izravna plaćanja korisnika i vanjska izvori;

Pokrivenost: opseg pokrića razlikuje se ovisno o različitim modelima financiranja zdravstvenih usluga. Na primjer, Beveridgeov model osigurava univerzalnu pokrivenost svim građanima, dok Bismarckov model pokriva samo one koji su zaposleni;

Troškovi: trošak zdravstvenih usluga važan je faktor u modelima financiranja. Plaćanja korisnika iz privatnih izvora mogu dovesti do financijskih poteškoća, dok se modeli koje financira država najčešće suočavaju s proračunskim ograničenjima;

Kvaliteta skrbi: modeli financiranja mogu utjecati na kvalitetu pružene skrbi. Na primjer, aranžmani plaćanja mogu potaknuti koordinaciju skrbi i poboljšati kvalitetu skrbi.

Drugo je istraživačko pitanje glasilo:

IP2: Koje su promjene nužne da bi hrvatski model financiranja zdravstvenih usluga bio održiv?

Hrvatski zdravstveni sustav suočava se s izazovima u pogledu financiranja i održivosti. Promjene koje pojedini stručnjaci i znanstvenici ističu kao nužne da bi hrvatski model financiranja zdravstvenih usluga bio održiv su:

Smanjenje troškova: sve veći troškovi zdravstvene zaštite, posebice izdaci za lijekove, doveli su do nedostatka proračunskih sredstava za zdravstvo u Hrvatskoj. Smanjenje troškova mjerama poput poboljšanja učinkovitosti i performansi sustava ističu se kao moguće rješenje da sustav postane održiviji. Međutim, valja naglasiti rezultate ovog istraživanja, uključujući perspektivu razvoja zdravstvene zaštite koja u konačnici vodi ka dodanoj vrijednosti za sveukupno gospodarstvo i ekonomsku dobrobit, koja zahtijeva povećanje troškova po korisniku, barem na razinu prosjeka EU, a kojom bi se postigla kvalitetna zdravstvena skrb, prevencija bolesti te modernizacija sustava u kontekstu tehnoloških noviteta i digitalizacije;

Unapređenje povezanosti i kontinuiteta zdravstvene zaštite: strateški pravci razvoja zdravstvenog sustava podrazumijevaju unapređenje povezanosti i kontinuiteta zdravstvene zaštite, standardizaciju kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje zdravstvenih pokazatelja;

Jačanje primarne zdravstvene zaštite: reforme za jačanje primarne zdravstvene zaštite mogle bi pomoći u smanjenju opterećenja bolnica i poboljšanju učinkovitosti zdravstvenog sustava;

Smanjenje bolničkog kapaciteta: smanjenje bolničkog kapaciteta moglo bi poboljšati učinkovitost zdravstvenog sustava i smanjiti troškove, međutim da bi se to postiglo valja prije osigurati preventivnu zdravstvenu skrb i učinkovitiju zdravstvenu zaštitu kako bi se smanjile potrebe za bolničkim liječenjem;

Poboljšanje pristupa palijativnoj skrbi i skupim lijekovima: poboljšanje pristupa palijativnoj skrbi i skupim lijekovima moglo bi pomoći u poboljšanju kvalitete pružene skrbi i dugoročno smanjiti troškove;

Reforma mehanizama financiranja: mehanizmi financiranja u hrvatskom zdravstvu moraju se reformirati kako bi se osigurala održivost, učinkovitost i pravednost.

U konačnici, hrvatski zdravstveni sustav mora se suočiti s izazovima financiranja i održivosti kako bi osigurao da može nastaviti pružati kvalitetnu zdravstvenu skrb svojim građanima.

Treće postavljeno istraživačko pitanje bilo je:

IP3: Koji dionici zdravstvenog sustava moraju uskladiti svoje djelovanje kako bi u procesu digitalne transformacije sustav financiranja bio učinkovitiji?

Koordinacija između medicinskog osoblja, pružatelja zdravstvenih usluga te onih koji usluge plaćaju, kreatora politika i eksternih dionika ključna je za uspješnu integraciju digitalnih tehnologija u zdravstveni sustav, ali i efikasno financiranje ovakvih inicijativa. Ovakve su pak inicijative ključne u transformaciji hrvatskog zdravstvenog sustava i njegove učinkovitosti.

Posljednje je istraživačko pitanje:

IP4: U kojoj mjeri je novopredloženi model financiranja ekonomičniji, efikasniji i efektivniji?

U kojoj će mjeri novopredloženi model financiranja zdravstva u Hrvatskoj biti ekonomičniji, učinkovitiji i djelotvorniji ovisi o uspješnoj provedbi dobro istraženih i pažljivo promišljenih promjena. Kontinuirana evaluacija, suradnja dionika i prilagodljivost okolnostima koje se mijenjaju ključni su čimbenici u postizanju željenih rezultata.

U ovom su istraživanju razmotrene činjenice i smjernice koje bi bile korisne kreatorima politika u kreiranju smjernica za reforme, počevši od većeg iznosa izdvajanja za zdravstvo po stanovniku, a kako bi se postigla uravnoteženost u kvaliteti pruženih zdravstvenih usluga na razini EU, te poboljšale performanse zdravlja stanovništva do 2040. godine.

U preporukama za daljnja istraživanja stoga treba izdvojiti detaljnije analize sveobuhvatnog ekonomskog utjecaja odabranih varijabli koje čine zdravstveni sustav Hrvatske.

LITERATURA

Knjige:

1. Buble M. (2010). *Projektni menadžment*, Minerva, Dugopolje
2. Buntak K., Bakovi T., Mišević P., Dmić M., Buntić L. (2021). *Kvaliteta i sustavi upravljanja kvalitetom*, Hrvatska gospodarska komora, Zagreb
3. Omazić A.M., Baljkas S. (2005). *Projektni menadžment*, Sinergija nakladništvo, Zagreb
4. Ostojić, R., Bilas, V. i Franc, S. (2012). E-zdravstvo – unapređenje zdravstvenoga sustava primjenom informacijske i komunikacijske tehnologije. *Društvena istraživanja*, 21 (4 (118)), 843-862. <https://doi.org/10.5559/di.21.4.02>
5. Project management institute (2008), *Vodič kroz znanje o upravljanju projektima (PMBOK) – četvrto izdanje*, Biblioteka Gospodarska misao
6. Zekić Z. (2010), *Projektni menadžment: upravljanje razvojnim promjenama*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Članci objavljeni u znanstvenim i stručnim publikacijama:

1. Carrin, G., Evans, D., & Xu, K. (2007). Designing health financing policy towards universal coverage.. *Bulletin of the World Health Organization*, 85 9, 652 . <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046664>.
2. Chang-yong, X. (2010). Establishing the System Dynamics Model of our National Macro Health-financing System. *Chinese Health Economics*.
3. Das, A. (2020). Challenges faced by healthcare-related sectors in india during Covid-19 pandemic: a review. *International Journal of Advanced Research*. <https://doi.org/10.21474/ijar01/11536>.
4. Field, M. (1973). The concept of the "health system" at the macrosociological level.. *Social science & medicine*, 7 10, 763-85 . [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(73\)90118-2](https://doi.org/10.1016/0037-7856(73)90118-2).
5. Giermaziak, W., & Kamiński, J. (2012). [Health care financing models].. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 33 198, 309-12 .

6. Handler, A., Issel, M., & Turnock, B. (2001). A conceptual framework to measure performance of the public health system.. *American journal of public health*, 91 8, 1235-9 . <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1235>.
7. Jaworzynska, M. (2016). A Comparative Analysis of the Health System Financing in Poland and Selected Countries. *Economics & Sociology*, 9, 41-51. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2016/9-3/4>.
8. Kirmayer, L., & Sartorius, N. (2007). Cultural Models and Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69, 832-840. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815b002c>.
9. Lambert, D. (2001). [The health of developed countries: which is the most cost effective delivery system?]. *Cahiers de sociologie et de demographie medicales*, 41 1, 5-27.
10. Laurisz N, Ćwiklicki M, Żabiński M, Canestrino R, Magliocca P. The Stakeholders' Involvement in Healthcare 4.0 Services Provision: The Perspective of Co-Creation. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 29;20(3):2416. doi: 10.3390/ijerph20032416. PMID: 36767782; PMCID: PMC9914953.
11. Pierce, M. (2005). Convergence of the health industry.. *International journal of health care quality assurance incorporating Leadership in health services*, 18 1, xxii-xxxi . <https://doi.org/10.1108/13660750510578402>.
12. Schlenger, W. (1976). A new framework for health.. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 13 3, 207-14 .
13. Sidorenko, A., & Butler, J. (2007). Financing Health Insurance in Asia Pacific Countries. *HCDF: Health Insurance (Topic)*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8411.2007.00191.x>.
14. Squires, H., Chilcott, J., Akehurst, R., Burr, J., & Kelly, M. (2016). A Framework for Developing the Structure of Public Health Economic Models.. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 19 5, 588-601 . <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.011>.
15. Tshering, P. (2021). Health Financing. *Bhutan Health Journal*. <https://doi.org/10.47811/bhj.121>.
16. Vienonen, M., & Włodarczyk, W. (1993). Health care reforms on the European scene: evolution, revolution or seesaw?. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 46 3, 166-9 .

17. Vostatek, J. (2013). Politická ekonomie financování zdravotní péče. *Politická Ekonomie*, 2013, 834-851. <https://doi.org/10.18267/J.POLEK.933>.
18. Yong, Z. (2003). Summary on four non-property-right-transaction financing models for public hospitals. *Chinese Health Resources*.
19. Kovač, N. (2013.). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik*, 2, 551-563.
20. Voncina, L., Dzakula, A., & Mastilica, M. (2007). Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80, 1, 44-157. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.02.016>

Internet izvori:

1. Brezinščak, T., Komar, D., Radenović, M., Dinkin, P. (2023). Achieving Croatia's Health Potential. McKinsey&Company. <https://www.amcham.hr/en/mckinsey-achieving-croatias-health-potential-n1242>
2. Croatia - Country Commercial Guide, Fitch Solutions (2022.), <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/croatia-healthcare>. Pristupano 25.10.2023.
3. Croatia: health system summary 2022, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/croatia-health-system-summary>, pristupano 02.09.2023.
4. Connecting health information system for better health: <https://pressbooks.pub/jln1/chapter/3-introducing-the-key-stakeholders-patients-providers-payors-and-policymakers-the-four-ps/>, pristupano 28.10.2023.
5. Dugoročna zdravstvena zaštita u postotku od trenutne potrošnje za zdravstvo, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/038fb245-a56d-46b8-b284-23fe883482f3?lang=en>, pristupano 15.10.2023.
6. Glavne funkcije potrošnje za zdravstvo, 2020., <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/1d63f00c-50e3-4014-981a-db2906c5ce71?lang=en>, pristupano 15.10.2023.
7. Glavni izvori financiranja trenutne potrošnje za zdravstvo, 2020. (% od trenutne potrošnje za zdravstvo), <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/bf53f249-888e-43e3-8f0a-a93349c0c2a7?lang=en>, pristupano 15.10.2023.

8. Health Care Reform: Duties and Responsibilities of the Stakeholders: <https://www.sju.edu/centers/icb/blog/health-care-reform-duties-and-responsibilities-of-the-stakeholders>, pristupano 28.10.2023.
9. Health Care Financing, 2004., <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/health-care-financing> (11.09.2023.).
10. Hrvatski zdravstveni sustav: <https://hzzo.hr/en/croatian-health-care-system>, pristupano 01.09.2023.
11. P-vrijednost - <https://www.scribbr.com/statistics/p-value/>, pristupano 03.11.2023.
12. Potrošnja za zdravstvo prema ključnim pružateljima usluga, 2020., <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/038fb245-a56d-46b8-b284-23fe883482f3?lang=en>, pristupano 15.10.2023.
13. Trenutna potrošnja za zdravstvenu zaštitu, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/61f2f0bb-fb81-4d02-8a6c-8797f29a6260?lang=en>, pristupano 15.10.2023.
14. Trenutni rashodi za zdravstveno osiguranje u odnosu na BDP, 2012./2020.(%), <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/09569f3d-6a25-472e-98bb-54656d7ec153?lang=en>, pristupano 15.10.2023.
15. Trenutna potrošnja za zdravstvo po stanovniku analizirana prema izvoru financiranja, 2020., <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/97fb0b0b-7084-46dd-8dbe-b9efc5d45a56?lang=en>, pristupano 15.10.2023.
16. WHO, 2012. - <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>. pristupano 15.10.2023.

Popis tablica, slika i grafikona:

Tablice:

1. Tablica 1., Trenutna potrošnja za zdravstvenu zaštitu, 2012./2020.
2. Tablica 2., Trenutni rashodi za zdravstveno osiguranje u odnosu na BDP, 2012./2020.(%)
3. Tablica 3., Glavni izvori financiranja trenutne potrošnje za zdravstvo, 2020. (% od trenutne potrošnje za zdravstvo)
4. Tablica 4., Trenutna potrošnja za zdravstvo po stanovniku analizirana prema izvoru financiranja, 2020.
5. Tablica 5., Glavne funkcije potrošnje za zdravstvo, 2020.
6. Tablica 6., Dugoročna zdravstvena zaštita u postotku od trenutne potrošnje za zdravstvo
7. Tablica 7., Potrošnja za zdravstvo prema ključnim pružateljima usluga, 2020.

Slike:

1. Slika 1., Trenutna potrošnja za zdravstvenu zaštitu po korisniku, 2012./2020.
2. Slika 2., Trenutni rashodi za zdravstveno osiguranje u odnosu na BDP, 2012./2020.(%)
3. Slika 3., Glavni izvori financiranja trenutne potrošnje za zdravstvo, 2020. (% od trenutne potrošnje za zdravstvo)
4. Slika 4., Trenutna potrošnja za zdravstvo po stanovniku analizirana prema izvoru financiranja, 2020.
5. Slika 5., Glavne funkcije potrošnje za zdravstvo, 2020.
6. Slika 6., Dugoročna zdravstvena zaštita u postotku od trenutne potrošnje za zdravstvo
7. Slika 7., Potrošnja za zdravstvo prema ključnim pružateljima usluga, 2020.

ŽIVOTOPIS

Gordan Žanić

Celovečka 13, 10000 Zagreb, Hrvatska

Mob. +385 91 55 644 email. gzanic@gmail.com

Radno iskustvo:

Veljača 2021. - trenutno

- Ravnatelj uprave za financijske poslove i nabavu (Ministarstvo zdravstva) <https://zdravlje.gov.hr/>
- Predsjednik Upravnog vijeća Kliničkog Bolničkog Centra Osijek (9. lipnja 2022. – trenutno)
- Predsjednik Upravnog vijeća Nacionalne memorijalne bolnice Vukovar (7. svibnja 2020. – trenutno)

Veljača 2018. – Veljača 2021.

- Pomoćnik ministra zdravstva (Vlada Republike Hrvatske) <https://zdravlje.gov.hr/>
- Uprava za financijske poslove, fondove europske unije, međunarodne projekte i javnu nabavu
- Član Upravnog vijeća OB Vukovar i bolnice hrvatski veterana (siječanj 2020. – svibanj 2020.)
- Član Upravnog vijeća OB Vinkovci (siječanj 2020. – lipanj 2022)
- Voditelj projekta izgradnje NDB (Nacionalne dječje bolnice – Blato)

Rujan 2017. – Veljača 2018.

- A007 (Agrokor d.d.) www.abrakadabra.com
- Generalni direktor (Predsjednik uprave)
- Vođenje tvrtke u sustavu Agrokor d.d.
- Komuniciranje vrijednosti, strategija i ciljeva
- Dodjeljivanje odgovornosti, planiranje, praćenje i procjena rezultata
- Razvijanje klime za pružanje informacija i mišljenja, pružanje obrazovnih mogućnosti
- Razvijanje strateškog plana proučavanjem tehnoloških i financijskih mogućnosti
- Održavanje kvalitete usluge uspostavljanjem i provođenjem organizacijskih standarda

Svibanj 2016. – Kolovoz 2017.

- A007 (Agrokor d.d.) www.abrakadabra.com
- Komercijalni direktor
- Koordinacija poslovanja sa 400 dobavljača

- Upravljanje nabavom, prodajom, operativnom nabavom (30 zaposlenika)
- Planiranje komercijalnog poslovanja tvrtke
- Planovi nabave i prodaje sa zadanim KPI-evima
- Praćenje kretanja na tržištu i prilagodba
- Vendor management
- Ugovaranje nabave i prodaje (Product portfolio)
- Praćenje realizacije ugovorenog posla i odgovornosti za isti
- Sastavljanje izvještaja i dokumentacije

Rujan 2014. – Prosinac 2015.

- Trokut Test group (Regionalni manager)
- Ishida/Ceia/Hirox/Ash – manager
- It koncept – industrial videoscope
- Pronalaženje novih kupaca
- Organizacija marketinga i prodaje
- Planiranje poslovanja i prodaje za nadolazeću godinu

Ožujak 2013. – Lipanj 2013.

- Helikop (Pomoćnik direktora prodaje)
- Organizacija marketinga i prodaje za Sony, Toshiba and Pioneer
- Uvoz i izvoz
- Planiranje poslovanja i prodaje za nadolazeću godinu

Rujan 2009. – Prosinac 2012.

- Ekoton Zagreb (Direktor-vlasnik)
- Organizacija poslovanja
- Suradnja sa drugim poslovnim subjektima, dobavljačima i korisnicima
- Pronalaženje novih kupaca i proizvoda
- Uvoz/izvoz (na području EU)

Siječanj 2008. – Veljača 2009.

- Tvrtka Gradske nekretnine (Agent za prodaju nekretnina)
- Prodaja nekretnina
- Direktna prodaja

- Presentacija i marketinška rješenja za prodaju nekretnina

- Pronalažnje novih prodajnih kanala

Lipanj 2003. – Lipanj 2004.

- Lubrizol, Ohio USA

- Pomoćnik direktora logistike

- Organizacija prijevoza

- Pronalaženje novih logističkih rješenja

Obrazovanje:

2019.

- Columbia University School of International and Public Affairs – Croatia's Entry to the Eurozone

- Harvard Kennedy School – Executive Education

Listopad 2018. – trenutno

- Poslovna ekonomija i globalizacija

Rujan 2004. – Rujan 2008.

- Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Croatia

2007. – 2008.

- Southern Taiwan University

- Elyria High School, Ohio USA 2004.

Ostalo:

Siječanj 2011 – Siječanj 2013

- Predsjednik Zajednice za malo gospodarstvo (HGK)

- Hrvatska gospodarska komora

- Pobljšavanje komunikacije između poduzetnika i HGK

- Otvaranje novih projekata pri HGK

- Connecting in enterprise Europe network

- Organizacija i pomoć pri izvozu

- Pomaganje u komunikaciji između poduzetnika i Ministarstva gospodarstva

- Trener tenisa

- Instruktor skijanja

- Reprezentativac i viceprvak Hrvatske, dvostruki prvak Zagreba u boksu.

Sudjelovanje u projektima:

- Nacionalna Razvojna Strategija RH 2030.
- Operativni program “Učinkoviti ljudski potencijali 2014. - 2020.”
- Operativni program “Konkurentnost i kohezija 2014. – 2020.”
- Nacionalna strategija za uključivanje Roma 2021. – 2027.
- Središnji ured za Hrvate izvan Republike Hrvatske
- Provedba projekta Slavonija, Baranja i Srijem
- Pododbor za fondove 2021. – 2027.
- Predstavnik Gospodarsko-Socijalnog Vijeća
- Sigurna Hrvatska 2021. – 2027.
- Pametna Hrvatska 2021. – 2027.
- Integrirani teritorijalni razvoj 2021. – 2027.