

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

Mihael Markulin
Financiranje hrvatskog zdravstvenog sustava – usporedba sa odabranim EU
zemljama

Financing of the Croatian healthcare system – comparison with selected EU
countries

Diplomski rad

Opatija, 2025

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

**Financiranje hrvatskog zdravstvenog sustava – usporedba sa
odabranim EU zemljama**

**Financing of the Croatian healthcare system – comparison with
selected EU countries**

Diplomski rad

Kolegij: **Nacionalna ekonomija**
Mentor: Prof. dr.sc. **Marinela Krstinić Nižić**
Komentor: Doc. dr.sc. **Maša Trinajstić**

Student: **Mihael Markulin**

Matični broj: **4046/23**

Opatija, rujan 2025.



IZJAVA O AUTORSTVU RADA I O JAVNOJ OBJAVI OBRANJENOG DIPLOMSKOG RADA

Mihael Markulin
(ime i prezime studenta)

4046/23
(matični broj studenta)

Financiranje hrvatskog zdravstvenog sustava – usporedba sa odabranim EU zemljama
(naslov rada)

Izjavljujem da sam ovaj rad samostalno izradila/o, te da su svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima, bilo da su u pitanju knjige, znanstveni ili stručni članci, Internet stranice, zakoni i sl. u radu jasno označeni kao takvi, te navedeni u popisu literature.

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

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

U Opatiji, 25.09.2025.

Mihael Markulin

Potpis studenta

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY	II
1. UVOD	1
1.1. Problem i predmet istraživanja	1
1.2. Svrha i ciljevi istraživanja	2
1.3. Pregled relevantne literature i prethodnih istraživanja	2
1.4. Znanstvene metode istraživanja.....	4
1.5. Struktura rada	4
2. ZDRAVSTVENI SUSTAV- REPUBLIKE HRVATSKE: USTROJSTVO I FINANCIRANJE	6
2.1. Povijesni razvoj i institucionalni okvir zdravstvenog sustava.....	6
2.2. Organizacijska struktura zdravstvene zaštite u RH	8
2.3. Mehanizmi i izvori financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava.....	10
2.4. Aktualni izazovi, ograničenja i strateški prioriteti.....	12
3. MODELI ZDRAVSTVENOG FINANCIRANJA U EUROPSKOJ UNIJI	14
3.1. Teorijski modeli: Bismarckov i Beveridgeov sustav.....	14
3.2. Usporedna institucionalna rješenja: odabrani primjeri EU zemalja	16
3.3. Struktura javnog i privatnog financiranja: prakse i trendovi.....	18
3.4. Regulatorni i fiskalni okvir zdravstvenog financiranja u EU	20
4. KOMPARATIVNA ANALIZA: HRVATSKA I ODABRANE EU ZEMLJE	22
4.1. Usporedba modela financiranja i proračunskih struktura.....	22
4.2. Analiza učinkovitosti i ekonomske održivosti sustava.....	25
4.3. Pokrivenost, pristupačnost i kvaliteta zdravstvenih usluga	27
5. UTJECAJ SOCIOEKONOMSKIH FAKTORA NA ZDRAVSTVENO FINANCIRANJE.....	30
5.1. Demografski trendovi i njihova refleksija na zdravstveni sustav	30
5.2. Ekonomski pokazatelji: BDP, zaposlenost i fiskalna stabilnost.....	32
5.3. Potrošnja po glavi stanovnika i struktura izdvajanja za zdravstvo	34
6. STRATEŠKE PERSPEKTIVE UNAPRJEĐENJA FINANCIRANJA HRVATSKOG ZDRAVSTVA.....	38
6.1. Preporuke temeljene na europskim primjerima dobre prakse	38
6.2. Unaprjeđenje sustava kroz digitalizaciju i upravljanje resursima	40
6.3. Dugoročne mjere za financijsku održivost i otpornost sustava	42
7. ZAKLJUČAK	45
LITERATURA.....	47
POPIS TABLICA.....	53

SAŽETAK

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske suočava se s brojnim izazovima, među kojima se ističu fiskalna neodrživost, demografski pritisci i organizacijska neučinkovitost. Ovaj rad analizira sustav financiranja hrvatskog zdravstva kroz komparativnu analizu s odabranim zemljama Europske unije, fokusirajući se na modele financiranja, strukturu prihoda i rashoda, te dostupnost i kvalitetu usluga. Pritom se analiziraju dva temeljna europska modela, Bismarckov i Beveridgeov te njihova primjena u praksi kroz slučajeve zemalja poput Njemačke, Švedske i Nizozemske. Rad ukazuje na to da hrvatski model, temeljen uglavnom na doprinosima iz plaća, više nije dostatan za dugoročnu održivost sustava. Potrebne su dubinske reforme koje uključuju diversifikaciju izvora financiranja, razvoj digitalne infrastrukture, jačanje preventivnih mjera i bolju raspodjelu resursa. Uloga privatnog sektora mora biti jasno regulirana, a mehanizmi evaluacije i nadzora ojačani. Rad predlaže skup strateških mjera temeljenih na europskim praksama koje mogu unaprijediti financijsku stabilnost i funkcionalnost hrvatskog zdravstvenog sustava te osigurati kvalitetnu i ravnopravnu zdravstvenu zaštitu za sve građane.

Ključne riječi: financiranje zdravstva, zdravstveni sustav, Europska unija, javno-privatno partnerstvo, zdravstvena politika

SUMMARY

The healthcare system of the Republic of Croatia is facing multiple challenges, including fiscal unsustainability, demographic pressure, and organizational inefficiencies. This paper analyzes the financing structure of Croatia's healthcare system through a comparative lens with selected European Union countries, focusing on funding models, revenue and expenditure structure, and the availability and quality of healthcare services. It explores two main European models the Bismarck and Beveridge systems and examines their implementation in practice using examples from Germany, Sweden, and the Netherlands. The findings suggest that Croatia's current model, largely based on payroll contributions, is no longer sufficient for ensuring the long-term sustainability of the system. Comprehensive reforms are needed to diversify funding sources, develop digital infrastructure, strengthen preventive care, and ensure a more equitable allocation of resources. While the involvement of the private sector may provide some benefits, it must be carefully regulated to preserve the principles of equity and solidarity. This paper concludes by proposing a set of strategic measures, based on successful European practices, aimed at improving the financial stability and overall performance of Croatia's healthcare system. These recommendations are designed to support the development of a more resilient, accessible, and high-quality healthcare framework capable of meeting the evolving needs of the population while ensuring fiscal responsibility and long-term viability.

Keywords: healthcare financing, health systems, European Union, public-private partnership, health policy

1. UVOD

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske temeljna je institucija koja osigurava ostvarenje prava na zdravstvenu zaštitu, zajamčenog Ustavom. Njegova financijska održivost predstavlja jedan od ključnih izazova suvremenog društva, osobito u kontekstu demografskog starenja, rasta troškova liječenja i pritiska na proračun. Iako je hrvatski sustav nominalno univerzalan i socijalno orijentiran, sve više se javlja potreba za njegovim reformiranjem i prilagodbom suvremenim gospodarskim i fiskalnim uvjetima. Usporedba s europskim zemljama koje primjenjuju različite modele financiranja omogućuje sagledavanje hrvatskih specifičnosti, kao i identificiranje mogućnosti za unaprjeđenje.

1.1. Problem i predmet istraživanja

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske suočen je s nizom izazova koji se dominantno odnose na financijsku neodrživost, rastuće rashode, neefikasno upravljanje resursima te istovremeno nezadovoljavajuću kvalitetu i dostupnost usluga. Unatoč formalnoj univerzalnosti pokrivenosti, sustav karakteriziraju strukturni deficiti koji rezultiraju deficitima u proračunu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), dugovanjima bolnica i potrebi za hitnim reformama (Šimović i Primorac, 2021). Predmet istraživanja je analiza financiranja zdravstvenog sustava Hrvatske, uključujući pregled njegovih osnovnih komponenti, izvora prihoda, proračunskih mehanizama, te troškovne strukture. Pritom se poseban naglasak stavlja na komparaciju s odabranim članicama Europske unije, Njemačkom, Austrijom i Nizozemskom, koje primjenjuju različite modele (Bismarckov i Beveridgeov) i čija iskustva mogu poslužiti kao polazište za preporuke u hrvatskom kontekstu (Kulesher i Forrestal, 2014; WHO, 2023).

Model financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj ima značajne nedostatke u području fiskalne održivosti i učinkovitosti, te bi njegovo unaprjeđenje bilo moguće kroz selektivno preuzimanje rješenja iz sustava razvijenijih zemalja EU. U radu su postavljene 3 hipoteze:

H1: Hrvatski sustav financiranja zdravstva temelji se na visokoj ovisnosti o doprinosima, što stvara pritisak na radno aktivno stanovništvo.

H2: Usporedivi sustavi s višim razinama privatnog sufinanciranja i bolje reguliranim tržišnim mehanizmima ostvaruju bolje zdravstvene ishode uz manji fiskalni deficit.

H3: Digitalizacija, integrirano upravljanje troškovima i efikasnija alokacija sredstava ključni su elementi za unaprjeđenje hrvatskog sustava.

Istraživanjem se želi identificirati elementi sustava koji najviše pridonose financijskoj stabilnosti i kvaliteti usluga, kako bi se mogla ponuditi primjenjiva i kontekstualizirana rješenja za hrvatski zdravstveni sektor (OECD, 2023; WHO, 2010).

1.2. Svrha i ciljevi istraživanja

Svrha ovog istraživanja je doprinijeti znanstvenom i stručnom razumijevanju problema financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj te identificirati održive modele i smjerove reformi koji mogu unaprijediti njegovu funkcionalnost. Promatrajući sustav kroz prizmu fiskalne održivosti, društvene pravičnosti i učinkovitosti pružanja zdravstvenih usluga, rad ima za cilj osigurati temelje za formiranje konstruktivnih prijedloga reformi.

Glavni cilj rada je analizirati postojeći model financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava i usporediti ga s odabranim europskim modelima kako bi se identificirale mogućnosti njegova poboljšanja. Sekundarni ciljevi uključuju:

- Proučiti institucionalni i zakonodavni okvir zdravstvenog financiranja u Hrvatskoj.
- Istražiti strukturu javnih i privatnih izvora financiranja.
- Usporediti hrvatski sustav s modelima u Njemačkoj, Austriji i Nizozemskoj.
- Ocijeniti učinkovitost i dostupnost usluga u kontekstu financiranja.
- Predložiti preporuke za unaprjeđenje financijske održivosti i funkcionalnosti sustava.

Ova analiza može poslužiti kao referenca donositeljima odluka, kreatorima javnih politika i znanstvenicima u oblikovanju buduće zdravstvene politike u Hrvatskoj.

1.3. Pregled relevantne literature i prethodnih istraživanja

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske tema je brojnih stručnih i znanstvenih radova koji se bave njegovim institucionalnim razvojem, financiranjem i reformama. Prethodna istraživanja ukazuju na kronične strukturne slabosti sustava od neefikasne raspodjele sredstava i problema naplate doprinosa, do neravnoteže između javnog i privatnog financiranja (Barić, 2007; Broz i Švaljek, 2014).

Barić (2007) ističe kako se sustav u sve većoj mjeri oslanja na tržišne mehanizme, dok istovremeno zadržava privid univerzalnosti i solidarnosti. Jedan od najvažnijih autora u području financijske analize zdravstvenih institucija u Hrvatskoj je Lukovnjak, koji u nizu radova (2009, 2012a, 2012b) obrađuje problematiku financijskih tokova, obveza i potraživanja zdravstvenih ustanova te ulogu državnog proračuna u pokrivanju deficita. Njegova istraživanja jasno ukazuju na ograničene fiskalne kapacitete HZZO-a i bolnica, kao i na manjkavosti u predviđanju rashoda. Smolić (2008) provodi komparativnu analizu zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj i zemljama EU, zaključujući da Hrvatska zaostaje u apsolutnom iznosu potrošnje, ali ima sličnu strukturu izdvajanja kao druge zemlje srednje Europe. Slično navodi i OECD (2023), gdje se Hrvatska klasificira kao zemlja s nižim zdravstvenim izdacima po glavi stanovnika, uz relativno visoko javno financiranje. Radovi poput onih Šimovića i Primorca (2021) naglašavaju pitanje fiskalne održivosti, pri čemu se upozorava da bez strukturnih reformi, hrvatski sustav postaje sve više ovisan o ad-hoc rješenjima i kratkoročnim subvencijama iz državnog proračuna. U kontekstu demografskih promjena, Obadić i Smolić (2008) analiziraju utjecaj starenja stanovništva na potrošnju u zdravstvu, naglašavajući potrebu za održivim i predvidivim modelima financiranja. S komparativne perspektive, Busse (2008) analizira trendove zdravstvene potrošnje u EU te sugerira nužnost anticipacije budućih troškova na temelju povijesnih podataka. Kulesher i Forrestal (2014) donose pregled međunarodnih modela financiranja i ukazuju na prednosti decentraliziranih i višekanalnih sustava poput njemačkog. WHO (2010, 2023) i Europski opservatorij na zdravstvo (2022) također pružaju strukturirane usporedbe, s preporukama za osiguranje dostupnosti i učinkovitosti zdravstvenih sustava. U kontekstu informatizacije i racionalizacije troškova, radovi Varge (2012) i Vehovca (2012) posebno su relevantni jer pokazuju kako digitalna transformacija može pozitivno utjecati na kvalitetu i financijsko upravljanje zdravstvom. Shah (2024) analizira troškovnu učinkovitost personalizirane medicine i ukazuje na implikacije takvog pristupa na zdravstvene politike. Autor zagovara uvođenje preciznih terapija kao isplativije alternative u dugoročnom planiranju zdravstvenih sustava. Prema Shahu (2024), personalizirana medicina donosi značajne uštede na razini sustava kroz ciljanje terapije i manji broj komplikacija. Volkova i sur. (2024) naglašavaju važnost financijske autonomije bolnica kao sredstva za povećanje učinkovitosti u kriznim uvjetima. Autori istražuju financijske modele u ukrajinskim zdravstvenim ustanovama i razmatraju suvremene alate financijskog upravljanja u uvjetima ograničenih resursa. Fokus je na decentralizaciji i proračunskoj fleksibilnosti.

Dobrovolska i sur. (2023) tvrde da je jačanje investicijskog okruženja ključno za digitalnu transformaciju zdravstvenog sektora. Studija uspoređuje inovacijske pokazatelje vodećih zemalja po Globalnom inovacijskom indeksu s Ukrajinom, naglašavajući važnost investicija u zdravstvo za poticanje tehnološkog napretka. Nadalje, Pogorilić (2012) otvara pitanje tržišta lijekova i regulatornih izazova u kontekstu privatnog interesa i javnog zdravlja. Postoji značajan korpus literature koji potvrđuje postojanje sustavnih problema u financiranju zdravstva u Hrvatskoj, ali i velik broj komparativnih analiza koje ukazuju na potencijalna rješenja.

1.4. Znanstvene metode istraživanja

Istraživanje je primarno deskriptivno i komparativno, ali uključuje i elemente analize sekundarnih podataka i evaluacijskog pristupa. Deskriptivna metoda korištena je za opis postojećeg stanja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, njegovih institucija, mehanizama financiranja te zakonodavnog okvira. Ova metoda omogućila je sistematizaciju i prezentaciju ključnih obilježja hrvatskog modela. Komparativna metoda korištena je u svrhu usporedbe hrvatskog zdravstvenog financiranja s odabranim modelima u Europskoj uniji, konkretno s Njemačkom, Austrijom i Nizozemskom, koje predstavljaju različite tipove zdravstvenih sustava, Bismarckov i Beveridgeov model. Usporedba je temeljena na pokazateljima poput izvora financiranja, udjela BDP-a, strukture rashoda, pokrivenosti osiguranjem i učinkovitosti (Busse, 2008; WHO, 2023).

1.5. Struktura rada

Struktura rada organizirana je u sedam poglavlja. Prvo poglavlje obuhvaća temeljne elemente istraživačkog problema, postavlja glavnu i pomoćne hipoteze, određuje svrhu i ciljeve istraživanja, daje kratak pregled relevantne literature te opisuje korištene znanstvene metode i cjelokupnu strukturu rada. Drugo poglavlje donosi prikaz ustroja i funkcioniranja hrvatskog zdravstvenog sustava, s naglaskom na povijesni razvoj, institucionalni okvir, organizaciju zdravstvene zaštite i ključne izvore financiranja. Treće poglavlje bavi se teorijskim i praktičnim modelima financiranja zdravstva unutar Europske unije. Četvrto poglavlje čini središnji analitički dio rada kroz komparativnu analizu Hrvatske i odabranih zemalja. Peto poglavlje istražuje utjecaj ključnih socijalno-ekonomskih faktora, uključujući demografsku strukturu, BDP, zaposlenost i regionalne razlike koje oblikuju potražnju i mogućnosti za financiranje zdravstva.

Šesto poglavlje donosi strateške preporuke za unaprjeđenje hrvatskog sustava, uključujući digitalizaciju, jaču kontrolu troškova, potencijal javno-privatnih partnerstava te prijedloge dugoročne fiskalne stabilizacije. Sedmo poglavlje sažima ključne uvide.

2. ZDRAVSTVENI SUSTAV- REPUBLIKE HRVATSKE: USTROJSTVO I FINANCIRANJE

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske sastavni je dio šireg sustava socijalne sigurnosti te jedno od ključnih područja u kojem se reflektiraju socijalna prava građana. Njegova svrha nije samo pružanje medicinske skrbi, već i očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva, kao i smanjenje zdravstvenih nejednakosti. U tom kontekstu, financiranje, organizacija i učinkovitost zdravstvene zaštite predstavljaju ne samo tehničke, već i duboko političke i društvene izazove. Hrvatska je kroz svoju povijest prošla različite faze u razvoju zdravstvenog sustava od modela temeljenih na socijalističkom univerzalizmu do tržišno usmjerenih reformi i pristupa koji danas balansira između javnog i privatnog sektora. U ovom poglavlju bit će analiziran povijesni kontekst razvoja zdravstvenog sustava, njegov institucionalni okvir, organizacijska struktura te mehanizmi financiranja. Također, bit će prikazani aktualni izazovi s kojima se sustav suočava te definirani strateški prioriteti za njegov razvoj. Cilj je ponuditi objektivnu osnovu za razumijevanje postojećeg modela i ocjenu njegove učinkovitosti, uzimajući u obzir komparativne prakse i smjernice Europske unije.

2.1. Povijesni razvoj i institucionalni okvir zdravstvenog sustava

Razvoj zdravstvenog sustava Republike Hrvatske duboko je ukorijenjen u povijesne, društvene i političke okolnosti koje su oblikovale njegov institucionalni okvir. Od ranih oblika socijalne skrbi tijekom Austro-Ugarske Monarhije, preko razrađenog sustava zdravstvene zaštite u bivšoj Jugoslaviji, do suvremenih transformacija u samostalnoj Republici Hrvatskoj, zdravstveni sustav evoluirao je kroz brojne faze institucionalne izgradnje, reorganizacije i reformi. Prvi organizirani oblici zdravstvene zaštite u Hrvatskoj zabilježeni su još u 19. stoljeću, s razvojem javnog zdravstva i karantenskih mjera pod okriljem Habsburške Monarhije. Uvođenjem zakonskih mjera o zdravstvenoj skrbi, osnivanje su prve zdravstvene ustanove te uvedena obvezna prijava zaraznih bolesti (Puljiz, 1995). U razdoblju Kraljevine SHS i Kraljevine Jugoslavije razvija se osiguranički model, prvenstveno za industrijske radnike, čime se postavlja temelj kasnijem širenju socijalne politike.

U socijalističkom razdoblju (1945. - 1990.), zdravstveni sustav temelji se na univerzalnosti, dostupnosti i solidarnosti. Financirao se iz doprinosa, ali i iz općih državnih sredstava. U ovom se razdoblju uvode brojni javni zavodi i bolničke ustanove, a sustav se razvija kao snažno centraliziran. Osniva se Zavod za zdravstveno osiguranje, dok država osigurava gotovo sve usluge kroz javni sektor (Zrinščak, 1999). Model se temeljio na ravnopravnosti, no problemi poput neučinkovitosti, manjka kadra i loše opreme postajali su sve izraženiji pred kraj razdoblja. S neovisnošću 1991. godine i prelaskom na tržišno gospodarstvo, Hrvatska započinje tranziciju i u zdravstvenom sektoru. Već 1993. godine donesen je prvi Zakon o zdravstvenom osiguranju u samostalnoj državi, kojim je uvedeno obvezno zdravstveno osiguranje i osnovan HZZO kao središnja institucija (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 75/93). Time je uvedena nova financijska logika, sustav se sada oslanja na doprinosne prihode, a sve više se otvara i prema dodatnim, dobrovoljnim osiguranjima.

Zakonodavni okvir značajno se proširuje tijekom 2000-ih. Donose se novi zakoni o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, dodatnim policama, ljekarničkoj djelatnosti i koncesijama. Istodobno se povećava uloga privatnog sektora u dijagnostici i liječenju, dok se javni sustav i dalje zadržava kao dominantan (Barić, 2007; Lukovnjak, 2009).

Uvođenjem decentralizacije, osnivačka prava nad bolnicama prelaze sa države na županije, što je izazvalo niz problema u upravljanju i financiranju, jer mnoge jedinice lokalne samouprave nemaju kapacitete za učinkovito vođenje ustanova (Marković i Vukić, 2009). Ove reforme dodatno su opteretile sustav, čineći ga fragmentiranim i fiskalno ranjivijim. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) danas je središnja institucija zdravstvenog financiranja. Osnovan 1993., HZZO prikuplja doprinose, ugovara zdravstvene usluge i upravlja fondovima. Prema podacima HZZO-a (2023), više od 80% stanovništva osigurano je putem obveznog osiguranja, a sustav godišnje raspolaže s više od 30 milijardi kuna. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske ima regulatornu i stratešku ulogu predlaže zakone, donosi nacionalne planove razvoja zdravstva i nadzire provedbu javnih politika (Ministarstvo zdravstva, 2024). Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) ima ključnu ulogu u epidemiološkom nadzoru, prevenciji i edukaciji, dok Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu razvija standarde i evaluacijske alate. Zakonodavni okvir danas uključuje temeljne zakone poput Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o obveznom i dobrovoljnom osiguranju, Zakona o lijekovima i Zakona o pravima pacijenata.

Ulaskom Hrvatske u Europsku uniju 2013. godine, zdravstveni sustav morao se uskladiti s europskim standardima, osobito u pogledu prekogranične zdravstvene zaštite, kvalitete i sigurnosti usluga. Usvojeni su dokumenti poput Nacionalnog plana razvoja zdravstva 2021..2027. (Ministarstvo zdravstva, 2022), koji jasno definiraju smjer digitalizacije, optimizacije troškova i jačanja primarne zdravstvene zaštite. Unatoč institucionalnoj prilagodbi europskim zahtjevima, mnoge preporuke Europske komisije poput povećanja učinkovitosti, kontrole troškova i razvoja sustava e-Zdravlja još nisu u potpunosti operacionalizirane (Europska komisija, 2022). Sustav ostaje podložan političkim utjecajima, financijskim ograničenjima i kroničnom manjku zdravstvenih radnika, što utječe na njegovu otpornost.

2.2. Organizacijska struktura zdravstvene zaštite u RH

Organizacijska struktura zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj temelji se na kombinaciji centraliziranog upravljanja i decentralizirane provedbe usluga, što je rezultat višegodišnjih reformi koje su pokušale balansirati između učinkovitosti, dostupnosti i fiskalne održivosti. Sustav je formalno definiran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22), koji propisuje ustrojstvo, nadležnosti i način pružanja zdravstvenih usluga na svim razinama. Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) predstavlja temelj zdravstvenog sustava te prvi kontakt građana sa sustavom. Obuhvaća djelatnosti opće/obiteljske medicine, pedijatrije, ginekologije, dentalne medicine i hitne medicine na razini domova zdravlja. Prema podacima HZZO-a (2023), u RH djeluje više od 2.000 timova obiteljske medicine, koji godišnje obave više od 25 milijuna pregleda. PZZ se pruža u domovima zdravlja, čije su osnivačke jedinice županije i Grad Zagreb. Tijekom 1990-ih provedena je djelomična privatizacija kroz koncesijski model, pri čemu liječnici mogu djelovati kao privatnici ugovoreni s HZZO-om. Ovakav model stvorio je dvostruku strukturu, dio timova je u sustavu domova zdravlja, dok dio djeluje neovisno, ali uz financiranje iz javnih sredstava (Lukovnjak, 2012). Kritike se odnose na neujednačenu dostupnost, osobito u ruralnim i otočnim područjima, kao i na preopterećenost timova, nisku razinu digitalizacije i nedostatnu povezanost s višim razinama skrbi (Vehovec, 2012). Sekundarna zdravstvena zaštita obuhvaća specijalističko-konzilijarnu djelatnost te bolničko liječenje koje zahtijeva složeniju dijagnostiku i terapiju. U RH postoji 20 županijskih općih bolnica, nekoliko specijalnih i kliničkih bolnica te četiri klinička bolnička centra (KBC-a) u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku (Ministarstvo zdravstva, 2024).

Tercijarna razina uključuje visoko specijaliziranu zdravstvenu zaštitu i znanstveno-nastavne institucije. Klinički bolnički centri i nacionalni instituti (npr. Institut za tumore, Klinika za infektivne bolesti) pružaju najsloženije oblike liječenja i vode istraživanja, često u suradnji s medicinskim fakultetima. Ove ustanove financiraju se putem ugovora s HZZO-om, no zbog sve većih rashoda, brojnih dugovanja i neefikasnog upravljanja, često se nalaze u deficitu, što rezultira neizvjesnošću u pružanju usluga i kašnjenjem plaćanja dobavljačima (Šimović i Primorac, 2021).

Važan dio organizacije čine javnozdravstveni zavodi: Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) i 21 županijski zavod. Njihova je uloga praćenje epidemiološke situacije, provođenje preventivnih programa, edukacija, nadzor nad zaraznim bolestima i promicanje zdravlja. HZJZ koordinira nacionalne registre i vodi ključne podatke o morbiditetu, mortalitetu i procijepljenosti (HZJZ, 2024).

Zavodi za hitnu medicinsku pomoć djeluju u svim županijama, a Nacionalni dispečerski centar organizira prijem poziva i koordinaciju timova. Unatoč poboljšanjima, i dalje postoji neravnomjerna geografska dostupnost usluga, osobito u udaljenim krajevima (Smolić, 2008). Zavodi za transfuzijsku medicinu, mikrobiologiju, zaštitu mentalnog zdravlja i javno zdravstvo specijalizirani su za specifične funkcije koje nisu obuhvaćene općim bolničkim sustavom, ali imaju ključnu ulogu u prevenciji i ranom otkrivanju bolesti.

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj formalno je decentraliziran, no upravljanje je i dalje u velikoj mjeri centralizirano. Ministarstvo zdravstva zadržava normativnu, stratešku i nadzornu ulogu. Osnivačka prava nad primarnim i sekundarnim ustanovama pripadaju županijama, dok su klinički bolnički centri u državnom vlasništvu. Ovo rezultira višestrukim linijama odgovornosti koje često nisu jasno razgraničene (Zrinščak, 2007). Lokalne jedinice često nemaju dovoljno sredstava ni kadrovskih kapaciteta za efikasno upravljanje bolnicama, što dovodi do akumulacije gubitaka, neadekvatne kontrole rashoda i političkih imenovanja koja ugrožavaju profesionalnost upravljanja (Lukovnjak, 2012). Reforma bolničkog sustava provodi se kroz projekt funkcionalnog spajanja bolnica i standardizaciju usluga. Cilj je optimizirati mrežu, racionalizirati kapacitete i smanjiti troškove, uz očuvanje dostupnosti. Međutim, implementacija ide sporo, a lokalni otpori često koče reforme (Varga, 2012).

Organizacija zdravstvene zaštite u sve većoj mjeri oslanja se na informatičku podršku. Sustav eGrađani omogućuje građanima pristup elektroničkom kartonu, eUputnicama i eReceptima. Međutim, informatička povezanost među ustanovama još je uvijek nedovoljna, a interoperabilnost sustava ograničena (Vehovec, 2012). Uvođenje sustava CEZIH (Centralni zdravstveni informacijski sustav) predstavlja važan korak ka digitalizaciji, no pun potencijal još nije ostvaren zbog tehničkih i kadrovskih ograničenja na lokalnoj razini.

2.3. Mehanizmi i izvori financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava

Financiranje zdravstvenog sustava jedan je od najvažnijih aspekata njegove učinkovitosti, pravednosti i održivosti. Hrvatski zdravstveni sustav temelji se na modelu socijalnog osiguranja s dominantnim udjelom javnog financiranja putem doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje. Sustavom upravlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), koji prikuplja sredstva, ugovara usluge i distribuira financijska sredstva prema zdravstvenim ustanovama i privatnim ugovornim subjektima.

Sustav se dominantno financira iz javnih izvora oko 80-85% ukupnih sredstava dolazi iz doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i proračunskih transfera (HZZO, 2023). Ostatak čine privatna izdvajanja građana, uključujući doplate, nadoplate, dopunska i dodatna zdravstvena osiguranja. Udio izdvajanja iz BDP-a za zdravstvo u Hrvatskoj iznosi oko 6,8% (OECD i Europski opservatorij, 2021), što je ispod prosjeka Europske unije. Značajan problem predstavlja niska stopa zaposlenosti i visoki udio ekonomski neaktivnog stanovništva koje ne uplaćuje doprinose, što stvara opterećenje za državni proračun. Obvezno zdravstveno osiguranje temeljni je stup sustava. Pravo na osiguranje ima gotovo cjelokupno stanovništvo, a doprinosi se obračunavaju prema stopi od 16,5% bruto plaće. Poslodavci su obvezni plaćati doprinose za zaposlene, a država preuzima obvezu za određene skupine (npr. nezaposleni, djeca, studenti, umirovljenici) (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13). Financiranje je solidarno, oni s višim prihodima doprinose više, dok svi imaju formalno jednaka prava. Međutim, stvarna dostupnost i kvaliteta usluga razlikuje se ovisno o regiji i vrsti usluga, što ukazuje na funkcionalnu nejednakost u okviru formalne jednakosti (Šimović i Primorac, 2021). Kako bi se nadomjestila sve veća razlika između osnovnog paketa prava i stvarnih potreba, razvijen je sustav dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Dopunsko osiguranje pokriva troškove participacija, dok dodatno osiguranje nudi širi paket usluga i kraće vrijeme čekanja (HZZO, 2024). Iako ovaj oblik financiranja rasterećuje sustav, on također stvara prostor za dvoslojni sustav, gdje platežniji korisnici ostvaruju bolji i brži pristup. Prema podacima HZZO-a, više od 2 milijuna građana ima dopunsko zdravstveno osiguranje, od čega je oko polovice pokriveno na teret državnog proračuna. Iako se na taj način štiti socijalna komponenta sustava, povećava se fiskalno opterećenje države, a administrativni troškovi rastu.

Doprinosi nisu dostatni za pokrivanje svih troškova zdravstvenog sustava, pa država redovito intervenira kroz proračunske transfere. U 2023. godini HZZO je iz državnog proračuna primio više od 6 milijardi kuna za pokriće obveza prema osiguranim osobama za koje država preuzima trošak (Ministarstvo financija, 2023). Ova praksa stvara kontinuiranu fiskalnu napetost jer zdravstvo postaje ovisno o općim prihodima, čime se narušava stabilnost planiranja. Stručnjaci upozoravaju kako se bez ozbiljne reforme modela prihoda sustav neće moći dugoročno održati (Kovač, 2013; Mihaljek, 2012).

Značajan dio zdravstvene potrošnje čine izravna plaćanja građana bilo putem participacija, doplata za lijekove izvan osnovne liste, ili plaćanja privatnih usluga. Prema nekim procjenama, izravna plaćanja čine 15-18% ukupne potrošnje na zdravstvo, što je relativno visok udio za sustav koji se deklarira kao univerzalan (Obadić i Smolić, 2008). Privatni sektor u zdravstvu u stalnom je porastu osobito u dijagnostici, dentalnoj medicini i estetskim zahvatima. Iako rasterećuje javni sustav, nedostatak integracije i kontrolnih mehanizama dovodi do paralelne strukture koja povećava nejednakost među korisnicima. Zdravstveni sustav redovito generira dugove. Krajem 2022. godine ukupne obveze bolnica premašile su 3,5 milijarde kuna. Uzroci su višestruki: neusklađenost cijena i stvarnih troškova, prekomjerno propisivanje lijekova, slaba naplata i neučinkovito upravljanje (Lukovnjak, 2012; Šimović i Deskar-Škrbić, 2019). Iako su provedene reforme obračuna i platnih modela (npr. DRG sustav plaćanja po dijagnozi), učinci su ograničeni zbog nedovoljno razvijenih sustava kontrole i evaluacije. Dugoročna održivost zahtijeva redefiniranje obujma prava, diferencijaciju prema razinama usluga i uvođenje strožih kriterija za korištenje resursa. Stručnjaci predlažu prelazak na kombinirani model financiranja, u kojem bi doprinosi bili nadopunjeni većom ulogom poreznog sustava, osobito kroz poreze na štetne proizvode (alkohol, cigarete, šećer), ali i poreze na luksuz. Također se predlaže jačanje uloge komplementarnih osiguranja i bolje integriranje privatnih pružatelja u jedinstvenu mrežu (Broz i Švaljek, 2014).

Digitalizacija sustava i razvoj e-uprave mogli bi donijeti značajna poboljšanja u kontroli troškova, praćenju ishoda liječenja i transparentnosti trošenja sredstava. No, to iziskuje ulaganja u IT infrastrukturu i edukaciju kadrova (Varga, 2012).

2.4. Aktualni izazovi, ograničenja i strateški prioriteti

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske, premda normativno utemeljen na načelima univerzalnosti, solidarnosti i dostupnosti, u praksi je izložen brojnim strukturnim, organizacijskim i fiskalnim izazovima koji ugrožavaju njegovu učinkovitost i održivost. Jedan od najizraženijih problema jest fiskalna neodrživost sustava, čiji se rashodi posljednjih godina sustavno povećavaju, osobito u segmentima bolničke skrbi, nabave lijekova te financiranja rada zdravstvenog kadra (HZZO, 2023). Nasuprot tome, prihodi sustava temeljem doprinosa stagniraju zbog negativnih demografskih trendova, smanjene stope zaposlenosti i sve većeg broja osoba koje ne sudjeluju u radnom odnosu, poput umirovljenika, nezaposlenih i studenata. To dovodi do prekomjerne ovisnosti sustava o izravnim proračunskim transferima, čime se otežava dugoročno financijsko planiranje i dodatno povećava ranjivost zdravstvenog sektora u uvjetima fiskalne krize (Šimović i Primorac, 2021).

Usporedno s financijskim aspektima, hrvatski zdravstveni sustav suočava se i s ozbiljnim problemima u kadrovskoj strukturi. Nedostatak zdravstvenih radnika, pogotovo specijalista i medicinskih sestara, dodatno je pogoršan migracijama u druge članice Europske unije, što ostavlja brojne ustanove osobito u ruralnim i otočnim područjima bez nužnih kadrovskih kapaciteta (Rodin, 2016). Odljev kvalificiranog kadra izravna je posljedica neadekvatnih radnih uvjeta, nedostatka ulaganja u profesionalni razvoj te strukturnih problema u organizaciji rada zdravstvenih ustanova. Iako je u posljednjim godinama došlo do određenog povećanja plaća, to nije bilo dovoljno za suzbijanje trenda migracija, koji ugrožava održivost i ravnomjernost zdravstvene zaštite na nacionalnoj razini. Još jedan aspekt koji dodatno komplicira funkcioniranje sustava jest izražena teritorijalna nejednakost u pristupu zdravstvenim uslugama. Dok urbana središta, poput Zagreba, Splita ili Osijeka, imaju razmjerno razvijenu mrežu bolničkih i specijalističkih kapaciteta, veliki dijelovi kontinentalne Hrvatske i otočnih regija suočavaju se s ograničenom dostupnošću, duljim listama čekanja i smanjenim spektrom dostupnih zdravstvenih usluga (HZJZ, 2023). To stvara dodatne zdravstvene i socijalne nejednakosti, koje se ne mogu kompenzirati samo putem formalnih prava iz sustava obveznog zdravstvenog osiguranja.

Poseban izazov predstavlja digitalna transformacija zdravstvenog sustava. Unatoč uvođenju informacijskih sustava poput CEZIH-a, eRecepta i eUputnice, digitalizacija još uvijek nije sustavno integrirana u svakodnevnu praksu svih ustanova, osobito onih u perifernim područjima. Problem nedovoljne interoperabilnosti, neujednačene edukacije kadra te nepostojanja jasnih standarda i evaluacijskih mehanizama dodatno otežava širu implementaciju e-zdravstva kao alata za poboljšanje učinkovitosti, praćenje ishoda liječenja i racionalizaciju troškova (Vehovec, 2012).

Zdravstveni sustav Hrvatske karakterizira i sve izraženija uloga privatnog sektora, osobito u domeni dijagnostike, dentalne medicine i fizikalne terapije. Povećana potražnja za privatnim uslugama dijelom je rezultat dugih lista čekanja i nedostatka specijaliziranih kapaciteta u javnom sustavu. No, taj trend sa sobom nosi rizik od stvaranja paralelnog sustava dostupnog samo imućnijim građanima, čime se dodatno narušava načelo jednakog pristupa zdravstvenim uslugama. Također, porast participacija i doplata za lijekove i medicinske usluge dovodi do situacije u kojoj čak i osigurane osobe snose značajne troškove liječenja iz vlastitog džepa (Obadić i Tica, 2016), što može utjecati na odustajanje od terapije i povećanje dugoročnih troškova za sustav.

Kao dodatna prepreka učinkovitosti sustava navodi se institucionalna neefikasnost te politizacija upravljanja zdravstvenim ustanovama. Česta su kadrovska rješenja bez profesionalnih kriterija, a decentralizirana osnivačka prava županija nad bolnicama nerijetko dovode do fragmentacije sustava i otežavaju strateško planiranje na nacionalnoj razini (Zrinščak, 2007). Ministarstvo zdravstva u Nacionalnom planu razvoja zdravstva 2021.-2027. jasno identificira potrebu za funkcionalnim povezivanjem bolnica, uspostavom bolničkih mreža te profesionalizacijom menadžmenta, no provedba ovih mjera nailazi na otpor lokalnih vlasti i sporost administracije (Ministarstvo zdravstva, 2021).

Reforma mora obuhvatiti i pitanje prava iz zdravstvenog osiguranja. Sveobuhvatni paket prava, iako poželjan, dugoročno nije održiv bez jasnog definiranja standarda usluga, jasnijeg razgraničenja osnovnog i dopunskog paketa te uspostave participacija koje odražavaju socijalne mogućnosti korisnika, a ne generičke iznose koji opterećuju najranjivije skupine.

3. MODELI ZDRAVSTVENOG FINANCIRANJA U EUROPSKOJ UNIJI

Zdravstveni sustavi zemalja članica Europske unije oblikovani su pod utjecajem različitih povijesnih, političkih, ekonomskih i kulturnih okolnosti. Unatoč toj raznolikosti, moguće je identificirati određene zajedničke obrasce i modele koji se pojavljuju kroz teorijske i praktične koncepte financiranja zdravstvene zaštite. Razumijevanje tih modela neophodno je za dublje sagledavanje prednosti i slabosti hrvatskog zdravstvenog sustava u komparativnom kontekstu te za oblikovanje učinkovitih reformskih smjerova. Cilj ovog poglavlja je ponuditi sustavnu klasifikaciju i analizu najvažnijih modela zdravstvenog financiranja u EU, uz pregled konkretnih institucionalnih rješenja, trendova u odnosu javnog i privatnog financiranja te fiskalnih i regulatornih instrumenata. Takva komparativna perspektiva omogućuje bolje razumijevanje pozicije Hrvatske u europskom okviru, ali i prepoznavanje rješenja koja se mogu prilagoditi nacionalnom kontekstu.

3.1. Teorijski modeli: Bismarckov i Beveridgeov sustav

Zdravstveni sustavi diljem svijeta nastali su pod utjecajem različitih društveno-političkih i povijesnih okolnosti, ali u teorijskoj i komparativnoj analizi najčešće se klasificiraju prema dva osnovna modela financiranja: Bismarckovom i Beveridgeovom. Ovi modeli, iako teorijski konstruirani, imaju duboko ukorijenjene praktične odjeke u zdravstvenim sustavima većine europskih zemalja, uključujući i Hrvatsku. Razumijevanje njihovih osnovnih karakteristika, prednosti i slabosti temelj je za svaku komparativnu i reformsku analizu zdravstvenog financiranja. Bismarckov sustav, nazvan prema njemačkom kancelaru Ottu von Bismarcku, uveden je krajem 19. stoljeća u Njemačkoj kao sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja. Temelji se na obveznom osiguranju kroz doprinose zaposlenih i poslodavaca u javnim ili poluprivatnim osiguravateljskim fondovima, poznatima kao „bolesničke blagajne“ (Gesetzliche Krankenkassen). Osiguranje je vezano uz radni status, a pružatelji usluga su uglavnom autonomne, često privatne ustanove koje posluju u okviru ugovornog odnosa s fondovima osiguranja (Gesetzliche Krankenversicherung, 2024). Ovaj sustav karakterizira pluralizam pružatelja i osiguravatelja, kao i tržišno nadmetanje koje potiče efikasnost i korisničku orijentaciju.

S druge strane, Beveridgeov model razvio je britanski ekonomist William Beveridge nakon Drugog svjetskog rata, s ciljem uspostave univerzalnog, porezno financiranog zdravstvenog sustava koji bi bio dostupan svim građanima bez izravne naplate usluge. Glavna obilježja Beveridgeovog modela su financiranje iz općih poreza, centralizirana kontrola putem državne zdravstvene službe (npr. NHS u Ujedinjenom Kraljevstvu), i javno vlasništvo nad pružateljima usluga (WHO, 2010). Ovaj model naglašava socijalnu jednakost, ali nerijetko pati od problema liste čekanja i slabije učinkovitosti u upravljanju resursima.

U Europi su obje paradigme prisutne i često kombinirane. Na primjer, skandinavske zemlje (Švedska, Danska) koriste varijaciju Beveridgeovog sustava s visokom razinom javnog financiranja i decentralizacije, dok zemlje poput Njemačke, Francuske i Nizozemske ostaju vjerne Bismarckovim načelima, iako su uvele dodatne elemente tržišne konkurencije i privatnog osiguranja (Kutzin i sur., 2010). Moderni zdravstveni sustavi, kako tvrde Glied i Smith (2011), sve su više hibridni, kombinirajući porezno financiranje sa socijalnim osiguranjem, a javnu regulaciju s tržišnim mehanizmima.

Hrvatski zdravstveni sustav nominalno se temelji na Bismarckovom modelu jer je većina financiranja osigurana putem doprinosa iz plaća zaposlenih, a zdravstveno osiguranje formalno je obvezno za sve građane. No, značajan dio sredstava dolazi iz proračuna, osobito za osiguranje umirovljenika, nezaposlenih, djece i studenata, čime se elemente Beveridgeove koncepcije ugrađuje u hrvatski model (Kovač, 2013; Šimović i Primorac, 2021). Takva hibridnost može biti prednost, ali i izazov jer često dolazi do preklapanja nadležnosti, nejasne podjele odgovornosti te nedovoljno definirane strukture prava i obveza osiguranika.

Pitanje jednakosti pristupa unutar oba modela postaje posebno relevantno u kontekstu rastuće privatizacije i participacija. Dok Bismarckov sustav dopušta određenu ulogu privatnog sektora, Beveridgeov model teorijski teži potpunoj javnoj kontroli. Međutim, u praksi obje vrste sustava uvode elemente dopunskog i dodatnog osiguranja kako bi se pokrili troškovi koji nisu uključeni u osnovni paket prava (Patel, 2020; OECD, 2023). U Hrvatskoj, sve izraženiji oslonac na dopunsko osiguranje i privatne zdravstvene usluge pokazuje kako se i kod nas razvija dvostupanjski sustav, što otvara važno pitanje socijalne pravednosti.

Kritičari Beveridgeovog modela često ukazuju na nisku učinkovitost, birokratsku tromost i nedostatak izbora za pacijente, dok se Bismarckovom sustavu predbacuje neravnomjerna pokrivenost i ovisnost o tržišnim fluktuacijama. Ipak, empirijske analize pokazuju da nema univerzalno superiornog modela; umjesto toga, kontekstualni čimbenici poput BDP-a, demografije, institucionalne sposobnosti i političke stabilnosti igraju ključnu ulogu u oblikovanju ishoda sustava (Cylus i Irwin, 2010; Sadeghi, 2013).

Hrvatski slučaj pokazuje kompleksnost implementacije teorijskih modela u praksi. Iako postoji formalna usklađenost s Bismarckovim načelima, fiskalna struktura, zakonodavni okvir i sustav prava korisnika značajno odstupaju od klasične sheme. Visoka centralizacija, fiskalna ovisnost o proračunu i sve veći angažman privatnih pružatelja usluga ukazuju na potrebu za jasnijom strategijom razvoja sustava koji će dugoročno biti održiv, pravedan i učinkovit.

3.2. Usporedna institucionalna rješenja: odabrani primjeri EU zemalja

Zdravstveni sustavi zemalja Europske unije predstavljaju šaroliku lepezu institucionalnih rješenja koja se razvijaju u skladu s povijesnim kontekstima, ekonomskim kapacitetima i političkim prioritetima svake pojedine države. Unatoč zajedničkim vrijednostima socijalne pravde, jednakosti i univerzalnosti, države članice EU usvojile su različite sustave financiranja i organizacije zdravstvene zaštite. Komparativna analiza primjera nekoliko država poput Njemačke, Švedske, Nizozemske i Austrije omogućuje dublje razumijevanje institucionalne raznolikosti i identificiranje potencijalnih smjernica za unaprjeđenje hrvatskog sustava.

Njemačka je klasičan predstavnik Bismarckovog modela s dugom tradicijom obveznog zdravstvenog osiguranja putem tzv. bolesničkih blagajni (Krankenkassen). Sustav je decentraliziran, s više od stotinu osiguravatelja koji djeluju po načelima tržišne konkurencije, ali uz strogu javnu regulaciju. Financiranje se temelji na doprinosima zaposlenika i poslodavaca, a država subvencionira osiguranje za socijalno osjetljive skupine. Pružatelji zdravstvenih usluga su uglavnom privatni, ali rade u okviru ugovora s osiguravateljima. Kvaliteta i dostupnost usluga visoko su standardizirane, a konkurencija među fondovima potiče efikasnost i transparentnost (Gesetzliche Krankenversicherung, 2024; Ridic i sur., 2012).

Za razliku od Njemačke, Švedska njeguje decentralizirani Beveridgeov sustav u kojem su odgovornost i upravljanje zdravstvima preneseni na regionalne vlasti (Landsting). Financiranje se provodi putem poreza na dohodak, a zdravstvene usluge uglavnom pružaju javne ustanove. Prioriteti su preventivna skrb, digitalna integracija i jednakost pristupa. Uloga privatnog sektora ograničena je, iako raste u području specijalističkih usluga. Zdravstvena zaštita je univerzalna i dostupna svima, ali liste čekanja predstavljaju ozbiljan izazov, osobito za elektivne zahvate (OECD, 2021).

Nizozemski model ističe se kao jedan od najinovativnijih u Europi jer kombinira univerzalnu pokrivenost s tržišnom konkurencijom među osigurateljima. Svi građani moraju ugovoriti osnovno zdravstveno osiguranje kod privatnog osiguratelja, ali država regulira cijene i minimalni paket prava. Osiguratelji se financiraju putem doprinosa, premija i javnog fonda za solidarnost koji redistribuira sredstva. Pružatelji usluga također su pretežito privatni. Model osigurava visoku razinu zadovoljstva korisnika, ali troškovi sustava i dalje su visoki, a pristup može varirati ovisno o ugovornim aranžmanima (Kutzin i sur., 2010; Cylus i Irwin, 2010).

Austrijski sustav sličan je njemačkom po organizaciji i strukturi, ali je više centraliziran. Postoji jedinstveni socijalno-zdravstveni sustav koji uključuje obvezno osiguranje svih zaposlenih, uz dodatne pakete za nadstandard. Austrija izdvaja iznadprosječan postotak BDP-a za zdravstvo, ali zahvaljujući snažnoj regulaciji i transparentnosti sustav je financijski stabilan. Posebno se ističe učinkovitost upravljanja troškovima lijekova i hospitalizacija, kao i dobro razvijen sustav primarne zaštite (Federal Ministry of Health Austria, 2019; Statistics Austria, 2023).

Ovi primjeri pokazuju da europske zemlje, iako dijele vrijednosti solidarnosti i univerzalnosti, koriste različite mehanizme za njihovu operacionalizaciju. Dok Bismarckovi sustavi naginju pluralizmu i oslanjanju na doprinose, Beveridgeovi sustavi preferiraju financiranje iz poreza i javnu odgovornost. Nizozemski slučaj, kao hibridni pristup, pokazuje kako se tržišni elementi mogu integrirati u sustav uz snažnu regulaciju i socijalnu komponentu.

S obzirom na hrvatski kontekst, posebno je relevantno analizirati načine na koje su ove zemlje riješile izazove poput: dugih lista čekanja, financijske održivosti, uloge privatnog sektora i dostupnosti zdravstvenih usluga u udaljenim regijama. Primjerice, digitalizacija zdravstvene administracije u Švedskoj i Nizozemskoj znatno je unaprijedila efikasnost i pristup podacima, dok decentralizacija u Austriji omogućuje bolje prilagođavanje lokalnim potrebama.

Važno je napomenuti kako uspješnost pojedinog institucionalnog rješenja ne ovisi isključivo o tehničkoj arhitekturi sustava, već i o širem društvenom i političkom okviru uključujući razinu povjerenja građana, fiskalnu disciplinu i administrativne kapacitete. Dok je Njemačka uspjela zadržati stabilnost unatoč visokoj kompleksnosti sustava, zemlje s nižom institucionalnom kvalitetom često se suočavaju s izazovima poput fragmentacije, neujednačene kvalitete usluga i manjkom odgovornosti (Glied i Smith, 2011).

Na temelju komparativne analize može se zaključiti da ne postoji „jedno idealno“ rješenje koje bi moglo biti izravno preneseno u hrvatski kontekst. Međutim, elementi poput profesionalnog upravljanja zdravstvenim fondovima, uvođenja stvarne konkurencije među osiguravateljima, digitalne integracije i jačanja primarne zdravstvene zaštite pokazuju se kao učinkovite strategije u većini analiziranih zemalja. Prilagodba tih rješenja u hrvatski sustav zahtijeva političku volju, preciznu zakonsku regulaciju i jasnu strategiju razvoja zdravstvene politike.

3.3. Struktura javnog i privatnog financiranja: prakse i trendovi

Struktura financiranja zdravstvene zaštite u državama članicama Europske unije uvelike varira, no generalno se može sagledati kroz odnos javnog i privatnog izvora sredstava. Pitanje optimalne ravnoteže između javnog i privatnog financiranja postaje sve važnije s obzirom na rastuće troškove zdravstvenih sustava, starenje populacije te povećane potrebe za inovacijama i personaliziranom medicinom. Ova dinamika posebno dolazi do izražaja nakon financijske krize i pandemije COVID-19, koje su ukazale na ograničenja pretežno javnih sustava, ali i rizike komercijalizacije osnovne zdravstvene zaštite.

U većini država Europske unije, dominira javno financiranje, koje se ostvaruje kroz opće poreze (u Beveridgeovim sustavima) ili doprinose na plaću (u Bismarckovim sustavima). Prema OECD-u (2023), prosječni udio javnih izdataka u ukupnoj potrošnji za zdravstvo u EU iznosi oko 75%. Primjeri poput Švedske, Danske ili Velike Britanije pokazuju kako je moguće osigurati visoku razinu pokrivenosti i pristupačnosti kroz gotovo isključivo javno financiranje. Međutim, čak i te zemlje bilježe porast privatne potrošnje, osobito u segmentima dentalne skrbi, lijekova bez recepta, estetske medicine i dopunskog osiguranja (OECD, 2021).

U zemljama s izraženijim Bismarckovim naslijeđem, poput Njemačke, Austrije i Francuske, postoji razrađena struktura dopunskog i dodatnog osiguranja, kojim građani nadopunjuju osnovni paket prava. Njemačka, primjerice, dopušta osiguranicima prelazak iz javnog u privatni sustav ako premašuju određeni prag dohotka, čime se potiče višeslojni model osiguranja (Gesetzliche Krankenkassen, 2024). Takvi sustavi omogućuju veću individualizaciju skrbi, ali istovremeno otvaraju rizik od stvaranja „dvije brzine“ unutar zdravstva jedne za bogatije i jedne za ostale.

Nizozemska je osobit slučaj, Osnovno zdravstveno osiguranje osigurava se putem privatnih osiguravatelja, ali pod strogim državnim nadzorom i uz redistribuciju sredstava kroz nacionalni riznični fond. Model kombinira kompetitivnost s univerzalnošću, ali nosi i visoke administrativne troškove i zahtijeva visoku razinu zdravstvene pismenosti među građanima (Kutzin i sur., 2010; OECD, 2023). U mnogim zemljama, privatna potrošnja se ostvaruje i kroz tzv. out-of-pocket payments, izravna plaćanja pacijenata za usluge koje nisu obuhvaćene javnim osiguranjem. Njihov udio često varira ovisno o razini dopunskog osiguranja. Na primjer, dok je u Švedskoj i Norveškoj udio takvih plaćanja niži od 15%, u Bugarskoj i Latviji prelazi 40%, što ukazuje na nejednakosti pristupa i potencijalnu financijsku ranjivost određenih skupina (WHO, 2020).

Hrvatska, iako formalno temelji svoj sustav na javnom osiguranju, u praksi ima izrazit udio privatnog financiranja. Prema podacima HZZO-a i Eurostata, udio out-of-pocket plaćanja iznosi oko 20%, dok se sve više građana odlučuje na dopunsko i dodatno osiguranje. Privatni sektor sve je prisutniji u području dijagnostike, specijalističkih pregleda i dentalnih usluga. Ovo ukazuje na rastuću ulogu tržišta u području koje bi trebalo biti javno dostupno svima, čime se stvara potencijalna nejednakost u pristupu (Kovač, 2013; Šimović i Primorac, 2021).

Trendovi u EU ukazuju na povećanu integraciju privatnih osiguravatelja i pružatelja usluga, ali uz uvjet jačanja regulatornog okvira kako bi se spriječila selekcija rizika i očuvala načela univerzalnosti. U tom smislu, primjer Francuske je značajan: država potiče obvezno dopunsko osiguranje kroz poslodavce, ali istodobno ograničava mogućnosti profitne eksploatacije osiguranika (Glied i Smith, 2011). Također, sve više zemalja ulaže u tzv. value-based financing, financiranje prema ishodima liječenja, a ne samo prema broju usluga. Time se pokušava smanjiti potrošnja i povećati učinkovitost. Ovaj model sve više nadopunjuje tradicionalne sustave i potencijalno može smanjiti potrebu za dodatnim privatnim troškovima (Sadeghi, 2013; WHO, 2023).

3.4. Regulatorni i fiskalni okvir zdravstvenog financiranja u EU

U kontekstu sve većih izazova s fiskalnom održivošću zdravstvenih sustava, starenjem populacije, digitalizacijom i rastom medicinskih troškova, regulatorni i fiskalni okvir unutar Europske unije postaje ključno područje rasprave i reformi. Iako EU formalno nema nadležnost za organizaciju nacionalnih zdravstvenih sustava, njezini mehanizmi koordinacije, preporuka i financijske podrške sve su snažniji čimbenici oblikovanja zdravstvene politike u državama članicama.

Središnji dokument koji utvrđuje granice i mogućnosti djelovanja EU u području zdravstva je Ugovor o funkcioniranju Europske unije (čl. 168), koji potvrđuje da su zdravstvo i organizacija zdravstvenih usluga primarno u nadležnosti država članica. Međutim, kroz mehanizme poput European Semester, EU4Health, Next Generation EU i Recovery and Resilience Facility, Unija ima snažan utjecaj na fiskalne politike koje uključuju i komponente zdravstvene potrošnje (European Commission, 2022). Tijekom posljednjeg desetljeća, posebice nakon financijske krize 2008. i pandemije COVID-19, EU sve aktivnije potiče države članice da restrukturiraju i reformiraju svoje zdravstvene sustave u smjeru veće učinkovitosti i fiskalne održivosti. U fiskalnom smislu, države članice troše u prosjeku između 6% i 11% BDP-a na zdravstvo (OECD, 2023). Postoje značajne razlike između sjeverozapadnih zemalja, koje karakterizira veći udio javnog financiranja i sofisticirani mehanizmi kontrole troškova, i zemalja srednje i istočne Europe, gdje su izazovi podfinanciranosti, korupcije i neučinkovitosti češći.

Regulatorno, postoji sve izraženiji trend harmonizacije određenih elemenata zdravstvenog sektora osobito u područjima prekogranične zdravstvene zaštite, sigurnosti lijekova, digitalnog zdravstva (eHealth) i javne nabave. Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti bila je prijelomna točka u priznavanju prava građana EU na liječenje u drugim članicama uz naknadu troškova (European Parliament, 2011). To je zahtijevalo i usklađivanje administrativnih i financijskih protokola među državama. Na nacionalnoj razini, fiskalna održivost zdravstvenog sustava sve više ovisi o uvođenju višekanalnog financiranja. Zemlje poput Njemačke i Nizozemske koriste mehanizme „risk equalization“ koji omogućuju uravnoteženo financiranje osiguravatelja bez obzira na rizik populacije koju pokrivaju (Kutzin i sur., 2010). Ovakvi mehanizmi zahtijevaju sofisticirane baze podataka, nadzorne agencije i kontinuiranu prilagodbu regulacije. Istovremeno, regulatorni sustavi koji određuju cijene

lijekova, usluga i nadoknada temelje se sve više na međunarodnim referencama, analizi troškovne učinkovitosti i pregovaranju s dobavljačima što su mjere preporučene i od strane Europske komisije.

U Hrvatskoj, regulatorni okvir oblikuju Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i brojni podzakonski akti. HZZO je središnji akter u fiskalnom planiranju i provedbi zdravstvenog financiranja, no njegova ovisnost o državnom proračunu i političke odluke često ograničavaju autonomiju sustava. Fiskalna politika temelji se na projekcijama Ministarstva financija koje uključuju rashode za zdravstvo u srednjoročne proračunske okvire, a prema Europskom semestru, Hrvatska se potiče na racionalizaciju bolničkog sektora i jačanje primarne zdravstvene zaštite (Ministarstvo financija, 2023; European Commission, 2022). U svrhu regulacije zdravstvene potrošnje, mnoge zemlje EU uvode instrumente kontrole cijena, kliničke smjernice i financijske limite na razini bolnica. Na primjer, Španjolska i Italija koriste „globalne budžete“, dok Njemačka i Francuska koriste DRG (Diagnosis-Related Groups) sustave plaćanja po epizodi liječenja. To omogućuje bolju kontrolu nad troškovima, ali i potiče racionalno korištenje resursa (Cylus i Irwin, 2010). Posebno je važno pitanje kako nacionalni fiskalni okviri reagiraju na krize. Pandemija COVID-19 pokazala je da fleksibilnost i otpornost zdravstvenog sustava ovise o mogućnosti brzog fiskalnog odgovora. EU je omogućila privremeno odstupanje od pravila Pakta o stabilnosti i rastu, čime su države članice mogle povećati izdvajanja za zdravstvo bez direktnih sankcija. Hrvatska je koristila te mogućnosti za financiranje zaštitne opreme, dodataka na plaće zdravstvenim radnicima i digitalne infrastrukture, ali dugoročna fiskalna održivost i dalje ostaje otvoreno pitanje (OECD i European Observatory, 2021).

4. KOMPARATIVNA ANALIZA: HRVATSKA I ODABRANE EU ZEMLJE

Usporedna analiza sustava zdravstvenog financiranja ključna je za razumijevanje snaga i slabosti hrvatskog modela u odnosu na druge članice Europske unije. Iako se zdravstveni sustavi država članica temelje na različitim povijesnim, političkim i ekonomskim uvjetima, brojni izazovi poput starenja stanovništva, rastućih troškova zdravstvene zaštite, promjena u strukturi bolesti i pritiska na javne proračune, zajednički su gotovo svim zemljama. Upravo zbog toga, promatranje kako pojedine zemlje pristupaju rješavanju tih problema omogućuje bolju identifikaciju optimalnih rješenja i prilika za reformu u hrvatskom kontekstu. Ovo poglavlje analizira i uspoređuje hrvatski zdravstveni sustav s odabranim državama članicama EU, pri čemu se posebna pozornost posvećuje proračunskim strukturama, modelima financiranja, efikasnosti korištenja resursa, mjerljivim ishodima liječenja te dostupnosti i kvaliteti usluga.

4.1. Usporedba modela financiranja i proračunskih struktura

Zdravstveni sustavi diljem Europske unije temelje se na različitim modelima financiranja, ali im je zajednički cilj osigurati univerzalan pristup zdravstvenoj zaštiti uz financijsku održivost. Ipak, načini prikupljanja i raspodjele sredstava značajno se razlikuju među zemljama. Usporedba Hrvatske s odabranim članicama EU, primjerice Njemačkom, Nizozemskom i Švedskom, otkriva razlike koje se odnose ne samo na strukturu izvora financiranja, već i na upravljanje proračunskim tokovima, političke prioritete i institucionalne kapacitete.

Hrvatski zdravstveni sustav tradicionalno se oslanja na Bismarckov model, prema kojemu se sredstva za zdravstvenu zaštitu prikupljaju prvenstveno putem doprinosa zaposlenih i poslodavaca (Kovač, 2013). Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) djeluje kao monopolski javni osiguravatelj koji prikuplja i raspoređuje sredstva unutar sustava. Međutim, značajan dio sredstava dolazi iz državnog proračuna, što je osobito izraženo u financiranju doprinosa za određene skupine (npr. umirovljenike, nezaposlene, studente). Time se narušava čista Bismarckova struktura i stvara fiskalna ovisnost o državnim financijama (Šimović i Primorac, 2021).

Nasuprot tome, Njemačka njeguje klasični Bismarckov sustav s više od 100 zakonskih zdravstvenih fondova (Gesetzliche Krankenkassen), pri čemu osiguranici mogu birati fond i premiju, dok država nadzire pravednost i jednak pristup. Fondovi se financiraju doprinosima na plaće, a redistribucija sredstava obavlja se putem rizničnog fonda koji izjednačava rizike među fondovima (Gesetzliche Krankenversicherung, 2024). Premda postoji i segment privatnog osiguranja, temeljna razina zaštite jednaka je za sve.

Nizozemska je primjer hibridnog modela u kojem privatni osiguravatelji imaju ključnu ulogu, ali sustav ostaje pod snažnom javnom regulacijom. Osnovno zdravstveno osiguranje je obvezno i standardizirano, a premije se prikupljaju izravno od građana i poslodavaca, dok država pruža subvencije za one s nižim prihodima. Financiranje je decentralizirano, ali snažno utemeljeno na načelima solidarnosti i ravnopravnosti (Kutzin i sur., 2010).

U Švedskoj, sustav se temelji na Beveridgeovu modelu financiranja putem poreza. Zdravstvene usluge pružaju se gotovo isključivo putem javnih ustanova, a odgovornost za upravljanje i financiranje decentralizirana je na razinu regionalnih vlasti. Sustav karakterizira visoka razina transparentnosti i participacije građana u odlučivanju (OECD, 2023). Proračunska sredstva dolaze iz poreznih prihoda i planiraju se na temelju demografskih i epidemioloških indikatora. Kada se usporedi udio javnog i privatnog financiranja u tim zemljama, razlike su očite. U Hrvatskoj, oko 80% zdravstvene potrošnje dolazi iz javnih izvora, dok ostatak otpada na privatna plaćanja i dopunsko osiguranje (HZZO, 2023). U Njemačkoj, javno financiranje čini oko 84% ukupne potrošnje, ali sustav dopušta širi spektar privatnog sudjelovanja, posebno kod osoba s višim prihodima (OECD, 2021). U Nizozemskoj, iako su osiguravatelji formalno privatni, sustav osigurava univerzalnost uz redistributivne mehanizme i premije koje su regulirane. Švedska pak gotovo cjelokupnu zdravstvenu potrošnju pokriva iz javnih sredstava, iz poreza (OECD, 2023)

Osim izvora financiranja, važno je sagledati i kako se sredstva raspodjeljuju unutar zdravstvenog sustava. U Hrvatskoj, proračunska struktura još uvijek značajno favorizira bolnički sektor, dok je primarna zdravstvena zaštita financijski i infrastrukturno zapostavljena (Ministarstvo zdravstva, 2023). Suprotno tome, Švedska i Nizozemska sustavno preusmjeravaju sredstva prema prevenciji, integriranoj skrbi i kućnoj njezi, smanjujući ovisnost o skupim bolničkim uslugama.

Dodatno, sustavi financiranja u odabranim zemljama pokazuju različite razine transparentnosti i odgovornosti. Njemačka koristi sofisticirani sustav obračuna troškova (DRG sustav) koji omogućuje plaćanje bolnica po epizodi liječenja, dok Nizozemska koristi vrijednosno utemeljene modele ugovaranja koji nagrađuju pružatelje temeljem zdravstvenih ishoda (Sadeghi, 2013). U Hrvatskoj, iako je DRG sustav formalno implementiran, njegova primjena i kvaliteta podataka ostaju ograničeni, što otežava racionalno upravljanje resursima (Šimović i Deskar-Škrbić, 2019). Komparativna analiza modela financiranja i proračunskih struktura pokazuje da se Hrvatska nalazi između modela temeljene na doprinosima i sve izraženije potrebe za fiskalnim učešćem države. Usporedba s Njemačkom, Švedskom i Nizozemskom ukazuje na potrebu za jačanjem regulatornih kapaciteta, decentralizacijom odgovornosti, uvođenjem učinkovitijih mehanizama raspodjele sredstava i boljim usklađivanjem ulaganja s ciljevima zdravstvene politike. Osiguranje dugoročne fiskalne održivosti i kvalitetne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj zahtijeva strateško redefiniranje modela financiranja i transparentnije proračunsko planiranje.

Tablica 1. Usporedba modela financiranja

Zemlja	Model financiranja	Udio javnog financiranja (%)	Udio privatnog financiranja (%)	Glavni izvor javnog financiranja	Uloga privatnog sektora	Pokrivenost stanovništva (%)	Prosječna potrošnja po stanovniku (€)
Hrvatska	Mješoviti	78%	22%	Obvezni doprinosi (HZZO) + proračun	Doplatsko i dodatno osiguranje	99%	~2,000
Njemačka	Bismarckov	84%	16%	Doprinosi radnika i poslodavaca (GKV)	Opsežna uloga privatnog osiguranja	100%	~5,400
Švedska	Beveridgeov	85%	15%	Opći porezi (nacionalni i regionalni)	Minimalna, dopunska uloga	100%	~5,200
Nizozemska	Mješoviti	83%	17%	Obvezno osnovno osiguranje + porezi	Privatni osiguravatelji pod nadzorom	100%	~5,600

Izvor: autor rada prema OECD (2023). Health at a Glance: Europe 2022 i Health spending (indicator). Dostupno na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>; European Observatory on Health Systems and Policies (2021, 2022). Country Health Profiles: Croatia, Germany, Sweden, Netherlands. Dostupno na: <https://health.ec.europa.eu>; World Health Organization (WHO) (2023). Global Health Expenditure Database i Health Financing Profile by Country. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho>; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Izvješća o poslovanju i sustavu osiguranja (2022., 2023.). Dostupno na: <https://hzzo.hr>; Gesetzliche Krankenversicherung – Bundesministerium für Gesundheit (Njemačka). Dostupno na: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>

Ova tablica donosi osnovnu usporedbu dominantnih modela financiranja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i trima relevantnim državama članicama Europske unije Njemačkom, Švedskom i Nizozemskom. Korišteni kriteriji uključuju klasifikaciju modela financiranja (Bismarckov, Beveridgeov ili mješoviti) te omjere javnog i privatnog financiranja u ukupnim izdacima za zdravstvo.

Hrvatski sustav, iako službeno organiziran kao univerzalan i solidaran, u stvarnosti je mješovit jer kombinira elemente obveznog javnog osiguranja (Bismarckov princip) s višim udjelom izravnog plaćanja iz džepa, što se odražava u relativno nižem udjelu javnog financiranja (78%) u odnosu na razvijenije sustave. To ukazuje na opterećenje građana dodatnim troškovima i potencijalne prepreke u pristupu uslugama.

Njemačka, čiji sustav se temelji na Bismarckovom modelu, financira zdravstvo uglavnom putem obveznog osiguranja uz doprinose poslodavaca i zaposlenika. Značajka tog modela je visoki udio javnog financiranja (84%) i snažna uloga samostalnih fondova. Time se omogućuje širok opseg usluga i relativno brza dostupnost.

S druge strane, Švedska koristi Beveridgeov sustav, temeljen na oporezivanju, gdje država osigurava gotovo cijeli spektar usluga kroz javno financirane ustanove. Time se postiže iznimno visok udio javnog financiranja (85%) te univerzalni pristup bez izravnog plaćanja na mjestu usluge, što povećava pravednost sustava. Nizozemska, iako koristi mješoviti model, uspješno integrira javne i privatne elemente kroz visoko regulirano tržište osiguravatelja. Udio javnog financiranja (83%) odražava snažnu državnu intervenciju i kontrolu nad kvalitetom i dostupnošću. Usporedbom ovih sustava moguće je identificirati prednosti i slabosti svakog pristupa te izvući preporuke za hrvatski kontekst. Na primjer, povećanje udjela javnog financiranja i bolja regulacija dopunskih oblika osiguranja mogli bi značajno unaprijediti dostupnost i ravnotežu u hrvatskom sustavu. Tablica tako služi kao vizualni vodič u analizi relevantnih međunarodnih praksi.

4.2. Analiza učinkovitosti i ekonomske održivosti sustava

Učinkovitost i ekonomska održivost zdravstvenog sustava predstavljaju temeljne preduvjete za dugoročno očuvanje dostupnosti, kvalitete i pravednosti zdravstvene zaštite.

Ove dimenzije odražavaju sposobnost sustava da s raspoloživim resursima postigne optimalne zdravstvene ishode, uz minimalne gubitke i neefikasnosti. U suvremenom kontekstu starenja stanovništva, sve većih pritisaka na proračune i tehnološkog napretka, države članice Europske unije suočavaju se s potrebom redefiniranja modela upravljanja zdravstvenim sustavima. Hrvatska, kao tranzicijska zemlja s ograničenim fiskalnim kapacitetima, suočava se s dodatnim izazovima u postizanju učinkovitosti i održivosti. Prema podacima OECD-a (2023), Hrvatska troši približno 7% BDP-a na zdravstvo, što je ispod prosjeka razvijenijih članica EU poput Njemačke (11,7%), Nizozemske (10,9%) ili Švedske (10,7%). Međutim, niži iznosi potrošnje ne znače nužno i bolju učinkovitost. Štoviše, Hrvatska bilježi slabije pokazatelje u pogledu ishoda liječenja, preživljavanja kod karcinoma, prevencije bolesti i zadovoljstva pacijenata (OECD i European Observatory, 2021). To upućuje na strukturne slabosti u raspodjeli resursa, upravljanju sustavom i političkom planiranju.

Jedan od ključnih problema hrvatskog sustava jest neučinkovita preraspodjela resursa. Veći dio sredstava odlazi na sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu (bolnice), dok je primarna zdravstvena zaštita zanemarena, iako bi mogla prevenirati brojne zdravstvene komplikacije i time smanjiti ukupne troškove (Šimović i Primorac, 2021). U usporedbi, zemlje poput Nizozemske i Švedske kontinuirano jačaju primarnu zaštitu i preventivne programe, čime postižu višu učinkovitost uz bolje zdravstvene ishode (WHO, 2023).

Ekonomska održivost sustava zahtijeva da rashodi ne premašuju prihode u srednjoročnom i dugoročnom razdoblju. U Hrvatskoj se zdravstveni sustav često suočava s nelikvidnošću, dugovima bolnica i ovisnosti o intervencijama iz državnog proračuna (HZZO, 2023). Nepostojanje mehanizama budžetske odgovornosti i neujednačena kontrola troškova dodatno pogoršavaju situaciju. Pritom se DRG sustav obračuna bolničkih usluga pokazao nedovoljno učinkovit jer se ne primjenjuje dosljedno niti omogućuje potpunu kontrolu troškova (Cylus i Irwin, 2010).

Usporedba sa zemljama koje su uspješno reformirale svoje sustave pokazuje da ključnu ulogu u povećanju učinkovitosti ima digitalizacija i informacijsko upravljanje. Primjerice, Estonija i Danska implementirale su napredne eHealth sustave koji omogućuju praćenje učinaka liječenja, racionalizaciju terapija i smanjenje nepotrebnih dijagnostičkih procedura (European Commission, 2022).

Hrvatska je tek u početnoj fazi razvoja integriranih digitalnih rješenja, iako posjeduje određene segmente (CEZIH, eRecept, eKartoni), koji nisu dovoljno povezani i analitički iskorišteni (Ministarstvo zdravstva, 2023). Dodatni izazov održivosti predstavlja demografska struktura stanovništva. S obzirom na negativne prirodne priraste i sve stariju populaciju, opterećenje na sustav postaje sve veće, dok broj radno aktivnih osoba, onih koji uplaćuju doprinose, stagnira ili opada. To smanjuje bazu prihoda za HZZO i povećava potrebu za transferima iz proračuna (Kovač, 2013). Usporedbe radi, Njemačka i Nizozemska su uspostavile rizničke fondove i mehanizme za izjednačavanje rizika među osigurateljima, čime smanjuju nestabilnosti i potiču pravednost financiranja (Gesetzliche Krankenversicherung, 2024).

Dugoročna održivost sustava može se postići kombinacijom više strategija: jačanjem baze prihoda (npr. uvođenjem novih izvora financiranja poput poreza na nezdravu hranu), povećanjem učinkovitosti kroz bolju alokaciju resursa i tehnologiju, te kontrolom troškova putem ugovaranja po ishodima liječenja (Sadeghi, 2013). Nizozemska je u tom smislu postavila standard primjene value-based healthcare pristupa, gdje se nagrađuju zdravstvene ustanove koje postižu bolje ishode po jedinici uložених sredstava.

Uloga politike u očuvanju učinkovitosti sustava je ključna. Bez političke volje da se provedu reforme, mnoge inicijative ostaju na razini strategija koje se ne provode. Hrvatska strategija razvoja zdravstva (2021-2027) naglašava potrebu za jačanjem kapaciteta HZZO-a, primarne zaštite i sustavne digitalizacije, ali implementacija ide sporo, a efekti su ograničeni (Ministarstvo zdravstva, 2023).

4.3. Pokrivenost, pristupačnost i kvaliteta zdravstvenih usluga

Univerzalna zdravstvena zaštita podrazumijeva da svi građani imaju pristup osnovnim zdravstvenim uslugama bez financijskih prepreka. Ova dimenzija zdravstvenih sustava obuhvaća tri međusobno povezana aspekta: pokrivenost (tko ima pravo na usluge), pristupačnost (koliko lako može doći do usluge) i kvalitetu (koliko su te usluge učinkovite, sigurne i usklađene s potrebama pacijenata). Hrvatska formalno ima univerzalno obvezno zdravstveno osiguranje putem HZZO-a, no u praksi razlike u dostupnosti i kvaliteti zdravstvenih usluga među regijama, dohodovnim skupinama i vrstama osiguranja ostaju izražene.

Prema HZZO-u (2023), osnovni paket usluga uključuje primarnu, specijalističku, bolničku i hitnu zdravstvenu zaštitu, kao i lijekove s osnovne liste. Međutim, dodatne usluge, lijekovi s doplatama i participacije često predstavljaju značajan financijski teret, osobito za umirovljenike, dugotrajno nezaposlene i osobe s niskim prihodima. Dopunsko zdravstveno osiguranje djelomično ublažava ovaj problem, no ne pokriva sve potrebe, a pokrivenost nije univerzalna (HZZO, 2023).

Usporedba sa zemljama EU pokazuje značajne razlike u razini financijske zaštite. Primjerice, u Švedskoj i Nizozemskoj mehanizmi ograničenja plaćanja iz vlastitog džepa (tzv. out-of-pocket limit) sprječavaju da građani zbog bolesti uđu u financijske teškoće (OECD, 2021). Nasuprot tome, u Hrvatskoj se i dalje bilježi visok udio privatnih plaćanja (oko 20% ukupne zdravstvene potrošnje), što je iznad prosjeka EU-a (OECD i European Observatory, 2021).

Pristupačnost zdravstvene zaštite u Hrvatskoj dodatno je ograničena geografskom raspodjelom zdravstvenih kapaciteta. Ruralna i otočna područja imaju znatno slabiji pristup specijalističkim uslugama i dijagnostici u odnosu na veće gradove (Rodin, 2016). Dugi čekanja, osobito za dijagnostičke pretrage i operativne zahvate, jedan su od najvećih izazova sustava. Prema izvješću Europske komisije (2022), prosječno vrijeme čekanja za MR pretragu u Hrvatskoj znatno nadmašuje EU prosjek.

Zemlje poput Njemačke i Austrije imaju razvijenije mehanizme mrežnog planiranja, decentralizirane sustave i digitalna rješenja za upravljanje listama čekanja (Gesundheit Österreich GmbH, 2021). U Nizozemskoj, ugovorni odnosi između osiguravatelja i pružatelja usluga potiču bržu dostupnost i mobilnost pacijenata unutar sustava, dok su standardi čekanja zakonski regulirani (Kulesher i Forrestal, 2014).

Što se tiče kvalitete zdravstvenih usluga, Hrvatska ima dobro educiran medicinski kadar, ali nedostatke u području infrastrukture, opreme i informatičke podrške. U bolničkom sektoru prisutan je problem nedovoljne standardizacije postupaka i nedovoljna primjena smjernica baziranih na dokazima (Šimović i Primorac, 2021). Također, sustav povratne informacije o ishodima liječenja i zadovoljstvu pacijenata tek je u povojima.

Kvaliteta skrbi u zemljama EU sve se češće mjeri kroz pokazatelje poput stope rehospitalizacije, preventabilnih hospitalizacija, komplikacija i smrtnosti. Švedska i Nizozemska kontinuirano objavljuju ove pokazatelje po bolnicama i liječnicima, čime se potiče konkurencija temeljena na kvaliteti (Sadeghi, 2013). Hrvatska zaostaje u ovom području zbog fragmentiranosti podataka, niske razine digitalne integracije i ograničenih kapaciteta HZZO-a za obradu i analizu pokazatelja (Ministarstvo zdravstva, 2023).

Unatoč formalnoj univerzalnosti, postoje velike razlike u pristupu zdravstvu među različitim društvenim skupinama. Analize pokazuju da osobe nižeg socioekonomskog statusa rjeđe koriste preventivne preglede, kasnije dolaze liječniku i češće trpe zdravstvene posljedice koje su mogle biti spriječene ranijim intervencijama (Obadić i Smolić, 2008). To upućuje na postojanje „skrivenih nejednakosti“ u sustavu, unatoč formalnoj pokrivenosti.

Jedan od ključnih izazova za Hrvatsku ostaje poboljšanje regionalne dostupnosti i jednakosti. Potrebna su ulaganja u infrastrukturu izvan velikih urbanih centara, kao i razvoj mobilnih i telemedicinskih rješenja. Uspješan primjer je Estonija koja koristi telemedicinu za pružanje dijagnostičkih usluga u udaljenim regijama, čime se smanjuju troškovi i povećava dostupnost (European Commission, 2022). Za poboljšanje kvalitete i pristupačnosti potrebne su reforme na razini financiranja, upravljanja i evaluacije sustava. To uključuje integraciju e-zdravstva, sustavno mjerenje ishoda liječenja i transparentnu usporedbu rezultata. Uvođenje standarda kvalitete i sustava nagrađivanja temeljenih na ishodima može potaknuti pružatelje na poboljšanje usluga.

5. UTJECAJ SOCIOEKONOMSKIH FAKTORA NA ZDRAVSTVENO FINANCIRANJE

Zdravstveni sustavi ne djeluju u vakuumu, već su snažno oblikovani širim socioekonomskim kontekstom. Ključni čimbenici poput demografskih kretanja, ekonomskog rasta, zaposlenosti, fiskalne politike te raspodjele dohotka i regionalnih razlika neposredno utječu na razinu i strukturu financiranja zdravstvene zaštite. U državama s ograničenim resursima, poput Hrvatske, ti faktori dodatno naglašavaju napetosti između potreba stanovništva i financijskih mogućnosti sustava.

5.1. Demografski trendovi i njihova refleksija na zdravstveni sustav

Demografski trendovi predstavljaju ključan okvir za analizu održivosti zdravstvenog sustava jer izravno utječu na potrebe stanovništva za zdravstvenim uslugama, strukturu potrošnje, financiranje osiguranja i organizaciju zdravstvene skrbi. U kontekstu Hrvatske, demografski izazovi uključuju izraženo starenje populacije, pad nataliteta, negativan prirodni prirast i intenzivne migracije, što zajedno generira značajne pritiske na sustav.

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku (DZS, 2021), Hrvatska ima jednu od najstarijih populacija u Europskoj uniji, s medijanom dobi od 44,3 godine. Udio osoba starijih od 65 godina kontinuirano raste i prema projekcijama Eurostata mogao bi do 2050. godine doseći više od 30 % ukupne populacije (Eurostat, 2023). Istodobno, prirodni prirast je negativan već desetljećima, a godišnje bilježimo više umrlih nego rođenih, što dodatno smanjuje demografsku bazu.

Starenje stanovništva povećava potražnju za uslugama dugotrajne skrbi, palijativne medicine, liječenja kroničnih bolesti i rehabilitacije. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2023), starije osobe koriste dvostruko više zdravstvenih resursa od mlađih skupina, osobito u bolničkom i farmaceutskom sektoru. Time se povećavaju troškovi liječenja, dok se istovremeno smanjuje udio radno aktivnog stanovništva koje uplaćuje doprinose u sustav zdravstvenog osiguranja.

U Hrvatskoj je zdravstveni sustav u velikoj mjeri financiran iz doprinosa koji ovise o zaposlenosti i visini plaća, što u uvjetima demografskog starenja postaje sve veći izazov (Kovač, 2013). HZZO bilježi rast rashoda za kronične i gerijatrijske pacijente, dok se prihodna strana suočava s ograničenjima uslijed smanjenog broja osiguranika i rasta nezaposlenosti među mladima i osobama srednje dobi. Osim toga, migracije mladog i obrazovanog stanovništva dodatno smanjuju bazu uplatitelja doprinosa i povećavaju ovisnost o proračunskim transferima (Obadić i Tica, 2016).

Drugi važan aspekt je prostorna distribucija stanovništva. Ruralna i slabije naseljena područja bilježe ubrzano starenje i depopulaciju, što dodatno otežava organizaciju zdravstvene skrbi u tim regijama. Usluge su često nedostupne, specijalisti koncentrirani u većim centrima, a troškovi pružanja usluga viši po pacijentu. Takve razlike potiču nejednakosti u zdravstvenim ishodima i dovode do „zdravstvene migracije“ prema urbanim centrima, što dodatno opterećuje gradske bolnice (Rodin, 2016).

Primjeri drugih europskih zemalja ukazuju na važnost prilagodbe zdravstvenog sustava demografskim promjenama. Njemačka je, primjerice, reformirala model dugotrajne skrbi kroz uvođenje posebnog osiguranja za starije osobe, dok su skandinavske zemlje razvile integrirane modele socijalne i zdravstvene skrbi temeljene na zajednici (Blank i Burau, 2010). Hrvatska tek treba sustavno razviti kapacitete za institucionalnu i kućnu njegu starijih osoba te prilagoditi proračunsku strukturu novim prioritetima.

Starenje populacije također ima utjecaj na kadrovske resurse. Liječnički kadar u Hrvatskoj je sve stariji, prema HLK (2022), više od 25 % liječnika je u dobi iznad 55 godina. Nedostatak mladih stručnjaka, visoka emigracija medicinskog osoblja i neujednačena kadrovska raspodjela po regijama dodatno pogoršavaju dostupnost skrbi. Usporedbe s Austrijom ili Njemačkom pokazuju da aktivne politike zadržavanja kadrova, ulaganje u obrazovanje i stimulativni uvjeti rada znatno smanjuju ove trendove (Gesundheit Österreich GmbH, 2021). Kako bi se zdravstveni sustav uspješno prilagodio demografskim izazovima, potrebne su sveobuhvatne reforme koje uključuju: promjenu modela financiranja s naglaskom na održivost, razvoj službi za starije osobe, integraciju zdravstvene i socijalne skrbi, reformu sustava dopunskog osiguranja i poticanje preventivnih mjera za očuvanje zdravlja u starijoj dobi. Uz to, ključno je osigurati kontinuirano praćenje demografskih indikatora i uključivanje tih podataka u planiranje zdravstvene politike.

Digitalne tehnologije mogu igrati važnu ulogu u odgovoru na demografske izazove. Telemedicina, elektroničko naručivanje i digitalno praćenje kroničnih bolesti mogu poboljšati dostupnost i smanjiti troškove u regijama s manjkom kadrova. Estonija i Finska su pokazale da se kvalitetna primjena digitalnih rješenja može kombinirati s demografskom strategijom za očuvanje funkcionalnosti sustava (OECD, 2021).

Demografski trendovi snažno oblikuju zdravstveni sustav Republike Hrvatske. Suočavanje sa starenjem stanovništva, depopulacijom i smanjenjem radno aktivne populacije zahtijeva proaktivne i dugoročne mjere koje nadilaze sektor zdravstva te uključuju obrazovanje, mirovinsku politiku, migracijsku strategiju i regionalni razvoj. Bez sveobuhvatnog pristupa, sustav će postati sve teže održiv, kako financijski, tako i kadrovski i organizacijski.

5.2. Ekonomski pokazatelji: BDP, zaposlenost i fiskalna stabilnost

Ekonomski pokazatelji predstavljaju temeljnu dimenziju u analizi financiranja zdravstvenog sustava jer određuju realne mogućnosti države i građana za ulaganje u zdravstvo. Među ključnim varijablama su bruto domaći proizvod (BDP), razina zaposlenosti i fiskalna stabilnost, koje zajedno definiraju izdašnost, predvidljivost i otpornost sustava. Hrvatski zdravstveni sustav suočen je s nizom ekonomskih ograničenja, uključujući nisku produktivnost, visoku razinu javnog duga i osjetljivost na vanjske šokove.

BDP kao mjera ukupne ekonomske aktivnosti reflektira sposobnost države da osigura javna sredstva za zdravstveni sustav. U Europskoj uniji, prosječna izdvajanja za zdravstvo iznose oko 9,9 % BDP-a, dok Hrvatska zaostaje s oko 7 % (OECD, 2023). U apsolutnom iznosu, to znači da Hrvatska troši znatno manje po glavi stanovnika, oko 1.400 eura godišnje, u odnosu na prosjek EU koji premašuje 3.000 eura. Takva ograničena fiskalna baza implicira manji kapacitet za ulaganje u zdravstvenu infrastrukturu, kadrove i inovacije.

Zaposlenost je drugi ključni faktor jer u Hrvatskoj sustav financiranja zdravstva dominantno ovisi o doprinosima iz plaća. Prema HZZO-u (2023), više od 80 % prihoda dolazi iz doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, što stvara značajnu ovisnost o razini zaposlenosti i prosječnim plaćama. Tijekom recesijskih razdoblja, kao što je bilo 2008.-2014. i za vrijeme pandemije COVID-19, pad zaposlenosti i usporavanje rasta plaća doveli su do smanjenja prihoda i rasta deficita u zdravstvenom proračunu (Šimović i Primorac, 2021).

Pored toga, visoka razina sive ekonomije i nesrazmjeran broj neaktivnih osiguranika dodatno opterećuju sustav. HZZO u svojim izvješćima ističe da gotovo polovica korisnika sustava ne plaća doprinose (umirovljenici, nezaposleni, djeca), dok teret pada na relativno uski krug zaposlenih. Taj strukturalni disbalans između korisnika i uplatitelja ukazuje na potrebu za fiskalnim reformama koje bi omogućile održiviji model financiranja, primjerice kroz veće sudjelovanje proračuna ili uvođenje alternativnih izvora prihoda.

Fiskalna stabilnost, odnosno sposobnost države da upravlja javnim financijama bez generiranja prekomjernih deficita i duga, izravno utječe na razinu javnih ulaganja u zdravstvo. Hrvatska je zbog visokog javnog duga i deficita podložna mjerama fiskalne konsolidacije koje često uključuju restrikcije rashoda za zdravstvo. Ministarstvo financija (2022) navodi da su izdvajanja za zdravstvo u velikoj mjeri ograničena fiskalnim pravilima i EU obvezama u pogledu deficita i rashodovnih ograničenja.

Osim kvantitativnih aspekata, važni su i strukturni indikatori. Udio izravnih plaćanja građana (tzv. out-of-pocket payments) u Hrvatskoj je oko 22 %, što je više od preporučene razine Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2023), koja iznad 15 % smatra granicom fiskalne ranjivosti kućanstava. Takva struktura može dovesti do financijskih prepreka za pristup uslugama, osobito među niskoprimajućim kućanstvima i u ruralnim područjima.

Upravljanje troškovima zdravstva također ovisi o ekonomskim uvjetima. Tijekom razdoblja fiskalne konsolidacije, smanjenje proračunskih rashoda za zdravstvo često se postiže kroz ograničenja plaća zaposlenima, odgodu investicija i smanjenje dostupnosti lijekova. Takve mjere mogu imati dugoročne negativne posljedice na kvalitetu skrbi i motivaciju zdravstvenih djelatnika. Istodobno, bez rasta BDP-a i prihoda po stanovniku, teško je povećavati ulaganja bez narušavanja fiskalne stabilnosti.

S obzirom na ograničene resurse, pitanje učinkovitosti potrošnje postaje ključno. Analize Europske komisije (2022) ukazuju da Hrvatska ima prostor za povećanje učinkovitosti, osobito u bolničkom sektoru, upravljanju lijekovima i primarnoj zaštiti. Unatoč relativno niskim izdvajanjima, određeni pokazatelji, poput životnog vijeka i smrtnosti od kroničnih bolesti, pokazuju slabije rezultate u odnosu na zemlje slične razine BDP-a (OECD, 2023).

Upravo zato fiskalna stabilnost ne bi trebala biti promatrana samo kroz prizmu štednje, već kao alat za usmjeravanje resursa prema prioritetima i reformama koje dugoročno smanjuju troškove, poput prevencije, digitalizacije, integrirane skrbi i racionalizacije bolničke mreže. OECD (2021) ističe da ulaganje u preventivne mjere i jačanje primarne zdravstvene zaštite može smanjiti ukupne troškove sustava za 10-15 % u srednjem roku.

5.3. Potrošnja po glavi stanovnika i struktura izdvajanja za zdravstvo

Zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika i struktura izvora financiranja predstavljaju ključne indikatore za ocjenu učinkovitosti, pravednosti i održivosti zdravstvenih sustava. U kontekstu Hrvatske, ovi pokazatelji ilustriraju ograničenost fiskalnog kapaciteta, snažnu ovisnost o doprinosima iz rada i relativno visoku razinu izravnih plaćanja građana. Usporedba s državama članicama Europske unije dodatno naglašava jaz u apsolutnim iznosima, ali i u strukturalnim aspektima financiranja. Prema podacima OECD-a (2023), Hrvatska troši oko 1.400 eura po glavi stanovnika na zdravstvo, što je znatno ispod prosjeka EU-a koji iznosi više od 3.000 eura. Zemlje poput Njemačke i Švedske troše više od 5.000 eura po stanovniku, dok i tranzicijske zemlje poput Slovenije ili Češke dostižu razinu iznad 2.000 eura. Takva razlika proizlazi iz općeg gospodarskog konteksta, ali i iz organizacije financiranja i javnopolitičkih prioriteta. Niska razina potrošnje po stanovniku u Hrvatskoj ne omogućuje ulaganje u napredne terapije, digitalnu infrastrukturu ni u održivu kadrovsku politiku, što dugoročno ugrožava kvalitetu i dostupnost usluga (Šimović i Primorac, 2021).

Struktura financiranja u Hrvatskoj pokazuje dominantnu ulogu javnog sektora, s oko 78 % ukupne potrošnje, dok preostalih 22 % otpada na privatna izdvajanja, većinom izravna plaćanja građana (HZZO, 2023). Takav omjer je relativno sličan europskom prosjeku, no bitna razlika leži u načinu na koji su organizirana javna i privatna sredstva. Dok mnoge zemlje imaju razvijene sustave dopunskog i privatnog osiguranja kao oblik zaštite od rizika visokih troškova, u Hrvatskoj je još uvijek velik dio troškova pokriven iz džepa korisnika, bez mehanizama financijske zaštite (WHO, 2023). Izravna plaćanja (out-of-pocket payments) su posebno problematična jer neovisno o ukupnoj potrošnji smanjuju dostupnost zdravstvenih usluga za socijalno ranjive skupine. Podaci Europske komisije (2022) pokazuju da oko 7 % kućanstava u Hrvatskoj odgađa ili izbjegava traženje medicinske pomoći zbog cijene.

Ovaj postotak je gotovo dvostruko viši od europskog prosjeka i ukazuje na problem financijske pristupačnosti, što izravno narušava univerzalnost zdravstvene zaštite. U strukturi javne potrošnje najveći udio otpada na bolničke usluge (oko 45 %), dok je udio izdvajanja za primarnu zdravstvenu zaštitu i prevenciju relativno nizak (OECD, 2021). Takav obrazac ulaganja odražava reaktivni pristup liječenju bolesti, umjesto proaktivnog ulaganja u zdravlje populacije. Usporedbe s nordijskim zemljama pokazuju suprotan trend visok udio ulaganja u primarnu i preventivnu skrb, što rezultira nižim ukupnim troškovima na razini sustava (Blank i Bureau, 2010). Dodatan izazov u hrvatskom kontekstu je i niska razina transparentnosti u trošenju sredstava. Iako HZZO redovito objavljuje godišnja izvješća, detaljna analiza učinkovitosti pojedinih proračunskih linija ili troškovnih centara često nedostaje. Neujednačenost u regionalnoj potrošnji, nepostojanje standardiziranih cijena usluga i razlike u nabavnim procedurama dodatno otežavaju strateško planiranje i evaluaciju ishoda (Kovač, 2013).

Zanimljiv primjer iz međunarodne prakse dolazi iz Nizozemske, gdje je uspostavljen sustav konkurentnih javno-reguliranih osiguravatelja koji financiraju zdravstvo kroz mješavinu doprinosa, poreza i premija, uz snažnu redistribuciju prihoda i zaštitne mehanizme za najugroženije. Rezultat je visoka razina potrošnje, ali i izuzetno niska razina izravnih plaćanja te visok stupanj zadovoljstva korisnika (Busse i sur., 2021).

Tablica 2. Potrošnja na zdravstvo po glavi stanovnika

Zemlja	Potrošnja po glavi (€)	Udio BDP-a za zdravstvo (%)	Glavni izvor financiranja	Udio javnog financiranja (%)	Broj liječnika na 1.000 stanovnika
Hrvatska	1.300 €	6,9 %	Obvezni doprinosi + državni proračun	78 %	3,4
Njemačka	5.200 €	11,7 %	Doprinosi zaposlenih i poslodavaca	84 %	4,5
Austrija	4.900 €	10,5 %	Mješovito (doprinosi + porezi)	81 %	5,3
Italija	3.300 €	9,3 %	Opći porezi (centralizirano)	75 %	4,0
EU prosjek	3.500 €	9,9 %	Varira – većinom opći porezi i doprinosi	79–82 %	3,9

Izvor: autor rada prema OECD (2023). Health at a Glance: Europe 2022 i Health spending (indicator). Dostupno na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>; European Observatory on Health Systems and Policies (2021, 2022). Country Health Profiles: Croatia, Germany, Sweden, Netherlands. Dostupno na: <https://health.ec.europa.eu>; World Health Organization (WHO) (2023). Global Health Expenditure Database i Health Financing Profile by Country. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho>; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Izvješća o poslovanju i sustavu osiguranja (2022., 2023.). Dostupno na: <https://hzzo.hr>; Gesetzliche Krankenversicherung – Bundesministerium für Gesundheit (Njemačka). Dostupno na: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>

Ova tablica prikazuje razinu potrošnje na zdravstvo po glavi stanovnika u eurima, kao i udio koji te izdatke zauzimaju u bruto domaćem proizvodu (BDP) u Hrvatskoj i odabranim zemljama Europske unije. Radi se o ključnim pokazateljima koji pomažu procijeniti koliku važnost i prioritet pojedina zemlja daje sektoru zdravstva u kontekstu ukupne ekonomske aktivnosti.

Hrvatska se nalazi znatno ispod europskog prosjeka s izdvajanjima od samo 1.300 eura po stanovniku i udjelom od 6,9% BDP-a. U usporedbi s razvijenim članicama EU-a poput Njemačke i Austrije, razlika je više nego trostruka. Takva razina ulaganja ima direktne posljedice na kapacitete zdravstvenog sustava, dostupnost i kvalitetu usluga, kao i na mogućnosti tehnološke modernizacije i kadrovskog jačanja.

Njemačka izdvaja 5.200 eura po stanovniku i ima udio od 11,7% BDP-a, čime se pozicionira kao jedan od lidera u zdravstvenim ulaganjima. Ta razina potrošnje omogućuje snažnu infrastrukturu, visoku dostupnost specijaliziranih usluga, iznimnu razinu informatizacije i značajna ulaganja u istraživanje i razvoj.

Austrija također bilježi visoku razinu ulaganja (4.900 € po glavi), što je u skladu s njenim mješovitim, ali snažno reguliranim zdravstvenim modelom. Italija je bliža europskom prosjeku, no i dalje znatno iznad Hrvatske, što ukazuje da i zemlje s južnoeuropskim modelima financiranja postižu veću razinu pokrivenosti i učinkovitosti.

Podatak da prosjek EU-a iznosi oko 3.500 eura i 9,9% BDP-a jasno ilustrira hrvatski zaostatak i potrebu za strateškim povećanjem ulaganja, osobito u prevenciju, primarnu zdravstvenu zaštitu i kadrovsku obnovu. Tablica služi kao alat za identifikaciju širih strukturnih razlika, ali i kao dokazna podloga u argumentaciji za nužnost povećanja investicija u hrvatski zdravstveni sustav kako bi se smanjio zaostatak za EU prosjekom i unaprijedila dugoročna održivost.

U Hrvatskoj, sustav dopunskog osiguranja ne ispunjava u potpunosti svoju ulogu zaštite od financijskog rizika. Iako postoji zakonski propisan paket osnovnih usluga koji HZZO pokriva, broj izuzeća, participacija i dodatnih troškova čini sustav složenim i nepreglednim za korisnike. Osim toga, velik broj građana nema dopunsko osiguranje, čime postaje izložen znatnim financijskim rizicima prilikom korištenja zdravstvenih usluga (Ministarstvo zdravstva, 2021).

Još jedan indikator važan za ocjenu strukture izdvajanja je omjer administrativnih i operativnih troškova. Prema izvješćima HZZO-a, administrativni troškovi čine manje od 5 % ukupne potrošnje, što je usporedivo s prosjekom EU, ali nedostatak dubinskih analiza otežava ocjenu njihove učinkovitosti. U zemljama poput Danske i Njemačke provedene su reforme kojima je racionalizirana administracija, a postignute su uštede kroz digitalizaciju, objedinjavanje sustava i bolju kontrolu nabave (OECD, 2021).

Ukupno gledano, niska razina potrošnje po glavi stanovnika i nepovoljna struktura izdvajanja predstavljaju ključne izazove za hrvatski zdravstveni sustav. Pristup financijskoj zaštiti nije jednak za sve građane, a dostupnost i kvaliteta usluga varira ovisno o regiji i socioekonomskom statusu korisnika. Usporedba sa zemljama EU jasno ukazuje na potrebu za većom redistribucijom, boljom organizacijom potrošnje te jačanjem mehanizama zaštite korisnika.

6. STRATEŠKE PERSPEKTIVE UNAPRJEĐENJA FINANCIRANJA HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Hrvatski zdravstveni sustav već godinama funkcionira pod pritiskom strukturnih izazova: rastućih troškova, kroničnog manjka kadrova, dugih lista čekanja i ograničenih financijskih kapaciteta. Iako postoji formalno univerzalna zdravstvena pokrivenost, stvarna dostupnost i kvaliteta usluga značajno variraju, a sve izraženiji pritisci na HZZO i državni proračun ukazuju na potrebu za sustavnom reformom. U tom kontekstu, strateške perspektive financiranja zdravstva zahtijevaju cjeloviti pristup koji uključuje fiskalnu održivost, socijalnu pravednost, učinkovitije upravljanje te bolje korištenje digitalnih alata i europskih iskustava.

6.1. Preporuke temeljene na europskim primjerima dobre prakse

U traženju održivijeg modela financiranja zdravstvene zaštite, Hrvatska može i treba učiti iz iskustava drugih europskih zemalja koje su, usprkos sličnim izazovima, uspjele stabilizirati i unaprijediti svoje zdravstvene sustave. Zemlje poput Njemačke, Nizozemske, Švedske i Estonije razvile su kombinirane modele koji povezuju pravednost, učinkovitost i dugoročnu fiskalnu održivost. Prepoznavanje i prilagodba njihovih rješenja hrvatskom kontekstu mogla bi pridonijeti redefiniranju uloge javnog i privatnog sektora, poboljšanju kontrole rashoda, kao i većoj orijentaciji na rezultate i korisnike.

Njemačka se ističe po razvijenom Bismarckovom modelu osiguranja s više od 100 zakonskih fondova, koji funkcioniraju pod strogim nadzorom države. Svaki fond se financira iz doprinosa zaposlenih i poslodavaca, ali se sredstva redistribuiraju putem mehanizama kompenzacije rizika, što osigurava pravednost i ravnotežu među osiguranicima (Gesetzliche Krankenversicherung, 2024). Hrvatska bi mogla razmotriti uvođenje internog sustava redistribucije unutar HZZO-a temeljenog na zdravstvenim rizicima i socioekonomskom statusu korisnika, čime bi se osigurala učinkovitija raspodjela sredstava. Nizozemski model kombinira obvezno osiguranje za sve građane s tržišnim natjecanjem između privatnih osiguravatelja, uz državnu regulaciju i subvencije za ugrožene skupine. Takav model omogućuje visoku kvalitetu usluga, kontrolu troškova i široku pokrivenost (Blank i Bureau, 2010). Hrvatska se, iako ima jedinstveni javni fond, može ugledati na Nizozemsku u pogledu uspostave sustava procjene kvalitete usluga, financijskih bonusa za učinkovitost i transparentnog nadzora nad ishodima liječenja.

Švedska pak primjenjuje decentralizirani model upravljanja gdje su županije odgovorne za pružanje zdravstvenih usluga, ali uz stroge nacionalne standarde i evaluaciju ishoda. Povećanje odgovornosti regionalnih vlasti za planiranje i financiranje skrbi omogućilo je bolju prilagodbu lokalnim potrebama i ravnomjerniju dostupnost usluga (OECD, 2021). Hrvatska, sa svojom županijskom strukturom, može razmotriti delegiranje većih ovlasti u području primarne zdravstvene zaštite i prevencije, uz osiguranje nacionalne kontrole standarda i kvalitete.

Dodatno, brojne europske zemlje su uspješno uvele sustav plaćanja temeljen na učinku (pay-for-performance), gdje se pružatelji zdravstvenih usluga nagrađuju prema ostvarenom ishodu liječenja, a ne samo prema volumenu usluga. Primjena ovog modela u Hrvatskoj mogla bi potaknuti bolju kvalitetu skrbi, racionalizaciju nepotrebnih intervencija te smanjenje troškova (Busse i sur., 2021).

Francuska i Belgija uspješno primjenjuju tzv. globalne budžete za bolnice, koji ograničavaju godišnju potrošnju, ali ostavljaju fleksibilnost menadžmentu u upravljanju internim troškovima. Time se izbjegava pretjerano trošenje, ali se zadržava autonomija i motivacija za učinkovitost. Hrvatska bi mogla razmotriti ovaj pristup kao alternativu trenutnom sustavu obračuna prema uslugama koji često generira prekomjerne troškove, osobito u sekundarnoj i tercijarnoj skrbi (Šimović i Primorac, 2021).

Primjeri iz zemalja EU također pokazuju važnost neovisnih tijela za procjenu troškovne učinkovitosti lijekova i terapija. U Ujedinjenom Kraljevstvu, agencija NICE (National Institute for Health and Care Excellence) daje preporuke koje su obvezujuće za osiguravatelje i pružatelje. Takav model omogućuje racionalnu uporabu sredstava i osigurava najbolji omjer troška i koristi za pacijente. Hrvatska zasad koristi postupak procjene vrijednosti kroz HALMED i HZZO, ali bez dovoljnih kapaciteta i transparentnosti u odlučivanju (Kovač, 2013).

Uz institucionalne modele, brojne zemlje ulažu u edukaciju korisnika i financijsku pismenost vezano uz zdravstvo. U Njemačkoj i Austriji postoje specijalizirane platforme koje objašnjavaju prava osiguranika, mehanizme financiranja i usporedbu pružatelja. Takve inicijative jačaju povjerenje u sustav, ali i omogućuju korisnicima da donose informirane odluke, čime se indirektno utječe na racionalnije korištenje usluga (Statista, 2023).

Europska praksa jasno pokazuje da je politička stabilnost i konsenzus ključan za provedbu reformi. Finska i Norveška uspjele su provesti višegodišnje reforme jer su osigurale kontinuitet političke podrške, snažno sudjelovanje stručne zajednice i kvalitetnu komunikaciju s javnošću. Hrvatska se mora osloniti na širi društveni konsenzus, uspostavu jasne dugoročne strategije i koordinaciju među svim dionicima kako bi reformski proces bio održiv i učinkovit (WHO, 2023).

6.2. Unaprjeđenje sustava kroz digitalizaciju i upravljanje resursima

Učinkovito upravljanje zdravstvenim resursima i sveobuhvatna digitalna transformacija predstavljaju ključne preduvjete za osiguranje financijske održivosti i funkcionalnosti modernog zdravstvenog sustava. Digitalizacija nije tek tehnološka inovacija, ona ima potencijal duboko transformirati način na koji se planiraju, provode i nadziru zdravstvene usluge, uz istovremeno povećanje učinkovitosti, transparentnosti i sigurnosti za pacijente. U kombinaciji s racionalnim upravljanjem kadrovskim, financijskim i materijalnim resursima, digitalni alati mogu značajno unaprijediti hrvatski zdravstveni sustav.

U europskom kontekstu, digitalizacija zdravstva ima stratešku ulogu u nacionalnim zdravstvenim politikama. Zemlje poput Estonije, Finske i Danske već godinama primjenjuju cjelovite e-zdravstvene sustave koji uključuju elektroničke zdravstvene kartone, sustave e-recepata, digitalne baze podataka i platforme za e-savjetovanja (WHO, 2022).

Estonski sustav, primjerice, omogućuje integrirani pregled zdravstvene povijesti pacijenata, smanjuje nepotrebne pretrage i olakšava donošenje kliničkih odluka. Uspostava sličnog interoperabilnog sustava u Hrvatskoj mogla bi značajno povećati efikasnost javnog zdravstva. Hrvatska već posjeduje temelje za daljnji razvoj digitalizacije kroz Centralni zdravstveni informacijski sustav (CEZIH), koji omogućava elektroničko naručivanje, izdavanje recepata i e-uputnice. No, implementacija je još uvijek djelomična i neujednačena, s čestim tehničkim poteškoćama, nedovoljnom edukacijom zdravstvenih djelatnika i lošom integracijom između različitih razina zdravstvene zaštite (Ministarstvo zdravstva, 2021). Potrebna je standardizacija sustava, povećanje ulaganja u infrastrukturu i osiguranje kibernetičke sigurnosti podataka, što je prioritet naveden i u Nacionalnom planu otpornosti i oporavka (Vlada RH, 2021).

Digitalni alati također mogu poslužiti za pametno upravljanje resursima od planiranja kadrova, raspodjele lijekova, do predviđanja kapaciteta bolnica i kontrolu troškova. Korištenjem napredne

analitike i umjetne inteligencije, moguće je identificirati obrasce nepotrebnog trošenja, dupliciranja usluga i neefikasnosti u lancu opskrbe. Zemlje poput Ujedinjenog Kraljevstva koriste „business intelligence“ alate za izradu simulacija i scenarija troškova koji pomažu ministarstvima zdravstva u donošenju politika temeljenih na dokazima (Glied i Smith, 2011).

Unaprijeđenje sustava upravljanja uključuje i bolju kontrolu nabave lijekova i medicinske opreme. Centralizirana javna nabava u mnogim državama EU pokazala se kao mehanizam za smanjenje troškova i korupcije. Hrvatska već provodi centraliziranu nabavu kroz Agenciju za lijekove i HZZO, ali je praksa često opterećena birokratskim preprekama i slabom transparentnošću. Automatizacija i digitalna evidencija procesa nabave, kao i usporedba cijena na razini EU, mogu znatno unaprijediti ovaj segment (Ball, 2011).

Još jedan važan element je digitalna edukacija pacijenata i zdravstvenih djelatnika. Sustavi koji omogućuju online naručivanje, pristup medicinskoj dokumentaciji i komunikaciju s liječnicima doprinose participaciji korisnika u vlastitom liječenju. S druge strane, kontinuirano stručno usavršavanje zdravstvenih radnika u području digitalnih tehnologija ključno je za njihov učinkovit rad i prihvaćanje inovacija (Kutzin i sur., 2010). Europski fondovi mogu poslužiti kao financijski izvor za razvoj digitalne pismenosti i edukacijskih platformi u zdravstvu.

Nadalje, resursno upravljanje mora uključivati efikasno planiranje zdravstvenog kadra. Hrvatska se suočava s neravnomjernom raspodjelom liječnika, osobito u ruralnim regijama, kao i s trajnim odljevom medicinskog osoblja u inozemstvo (Bhargava i sur., 2011). Digitalne baze podataka koje omogućuju praćenje kretanja i potreba za kadrovima po regijama, specijalizacijama i razinama skrbi mogu pomoći u dugoročnom strateškom planiranju i osigurati pravovremene intervencije.

Jedna od ključnih preporuka je i razvoj sustava evaluacije performansi zdravstvenih ustanova temeljem objektivnih indikatora. Digitalna platforma koja omogućuje praćenje učinkovitosti, kvalitete skrbi, zadovoljstva korisnika i financijskih rezultata za svaku ustanovu može poslužiti kao temelj za nagrađivanje učinkovitih subjekata i identifikaciju onih koji zahtijevaju intervenciju (Cylus i Irwin, 2010). U Estoniji i Švedskoj takve platforme već postoje i koriste se u izradi godišnjih strateških planova i javnih izvještaja.

U kontekstu upravljanja troškovima, važna je i automatizacija procesa fakturiranja, revizije i izvještavanja. Digitalna povezanost između zdravstvenih ustanova, HZZO-a i Ministarstva zdravstva omogućuje pravodobno prepoznavanje odstupanja, sprječavanje prijevara i učinkovitije planiranje proračuna. To je posebno važno u kontekstu sve češćih fiskalnih ograničenja i potrebe za racionalizacijom rashoda (Šimović i Primorac, 2021).

Digitalna transformacija zdravstva i učinkovito upravljanje resursima ne smiju se promatrati samo kao tehnička modernizacija, već kao strateški preduvjet dugoročne održivosti sustava. Iskustva europskih zemalja jasno pokazuju da su ulaganja u digitalnu infrastrukturu, interoperabilnost, edukaciju i transparentnost izravno povezana s boljom kontrolom troškova i kvalitetom usluga. Hrvatska, uz dostupnost EU fondova i već postojeće temelje poput CEZIH-a, ima priliku izgraditi moderan, fleksibilan i pacijentima prilagođen zdravstveni sustav, ali za to je potrebna politička volja, međusektorska suradnja i strateška vizija.

6.3. Dugoročne mjere za financijsku održivost i otpornost sustava

Financijska održivost i otpornost zdravstvenog sustava ključne su komponente svakog učinkovito organiziranog sustava zdravstvene zaštite. U izazovnim vremenima, uključujući krize poput pandemije COVID-19, ekonomske recesije i demografskih promjena, postaje jasno koliko je važno razviti sustav koji je fleksibilan, učinkovit i otporan na vanjske šokove. Hrvatska, kao članica Europske unije i zemlja sa sve izraženijim fiskalnim ograničenjima, mora implementirati dugoročne mjere koje omogućuju stabilno financiranje zdravstva, osiguranje jednakog pristupa i očuvanje kvalitete usluga.

Dugoročna održivost sustava ne može se temeljiti isključivo na povećanju proračunskih izdvajanja bez paralelne reforme modela financiranja i strukture troškova. Prema OECD-u (2021), zemlje koje su uspješno očuvale održivost sustava zdravstva u dugom roku bile su one koje su uvele višekanalno financiranje, bolje kontrolirale troškove lijekova i bolničkih usluga te ulagale u preventivu i primarnu zdravstvenu zaštitu.

Jedan od temeljnih izazova hrvatskog sustava jest dominantna ovisnost o doprinosima iz plaća, pri čemu se zanemaruje širina fiskalne baze. Povećanje udjela financiranja iz općih poreznih prihoda kao što je slučaj u skandinavskim zemljama moglo bi omogućiti veću stabilnost, osobito u vrijeme kriza kada dolazi do pada zaposlenosti i prihoda od doprinosa (Kutzin i sur., 2010). Takav pristup također omogućuje progresivnije i socijalno pravednije financiranje.

Ulaganje u preventivne mjere, javno zdravstvo i digitalizaciju sustava ističe se kao jedan od ključnih puteva ka dugoročnoj otpornosti. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2010) naglašava da zemlje koje ulažu u promociju zdravlja, pravovremenu dijagnostiku i upravljanje kroničnim bolestima ostvaruju bolje zdravstvene ishode uz niže troškove.

U Hrvatskoj još uvijek prevladava tzv. kurativni pristup, dok su programi prevencije i rane intervencije često nedovoljno financirani i decentralizirani. Dugoročna fiskalna održivost zahtijeva i bolju kontrolu rashoda, osobito u segmentima bolničke skrbi i farmaceutike. Centralizirana nabava lijekova, revizija esencijalne liste lijekova i digitalno praćenje potrošnje mogu znatno smanjiti neučinkovitosti. Iskustva zemalja poput Švedske i Nizozemske pokazuju da takvi mehanizmi ne samo da racionaliziraju troškove, već omogućuju bolju dostupnost inovativnih terapija bez narušavanja proračunske ravnoteže (Blank i Burau, 2010).

Poseban fokus mora biti na održivom upravljanju zdravstvenom infrastrukturuom i kadrovskim resursima. Problemi poput zastarjele infrastrukture, neujednačene geografske dostupnosti i nedostatka zdravstvenih radnika moraju se rješavati strateški, kroz dugoročne planove ulaganja, regionalizaciju usluga i poticanje ostanka kadra u javnom sustavu. Korištenje EU fondova za modernizaciju objekata, uvođenje fleksibilnih radnih uvjeta i edukacijskih programa ključni su alati za ostvarenje ovih ciljeva (Šimović i Primorac, 2021).

Za jačanje otpornosti sustava potrebno je razviti i mehanizme kriznog upravljanja i financijske rezerve. Pandemija je pokazala koliko sustavi bez kapaciteta za brzu preraspodjelu sredstava i koordinaciju svih razina vlasti trpe posljedice u obliku preopterećenih bolnica i kašnjenja u liječenju. Implementacija „contingency“ fondova, kao u Belgiji i Njemačkoj, može omogućiti brzu reakciju i zaštitu najranjivijih tijekom izvanrednih situacija (OECD, 2020).

Uz fiskalne i organizacijske mjere, važan element dugoročne održivosti je društveni konsenzus o opsegu i prioritetima javnog zdravstva. Otvorena rasprava o tome koje usluge zdravstveni sustav treba i može pokrivati, kako osigurati solidarnost i učinkovitost te koje reformske mjere imaju najviše smisla u nacionalnom kontekstu, nužna je kako bi se izbjegle populističke odluke i neodrživa obećanja (Kovač, 2013). Uspjeh bilo koje reforme ovisi o političkoj volji, ali i participaciji stručne i šire javnosti.

Jedan od dodatnih prijedloga koji se sve više spominje u stručnoj literaturi jest uvođenje sustava plaćanja prema ishodima (pay-for-performance). Takav sustav, koji već postoji u Ujedinjenom Kraljevstvu i Švedskoj, omogućava nagrađivanje ustanova koje postižu bolje rezultate u liječenju i skrbi, čime se potiče kvaliteta i racionalno korištenje sredstava (Cylus i Irwin, 2010).

Također, hrvatski sustav treba ojačati funkcije evaluacije i nadzora. Stvaranjem nezavisnih tijela za analizu učinka zdravstvenih politika i trošenja sredstava može se osigurati transparentnost i kontinuirano poboljšavanje sustava. Digitalni alati i umjetna inteligencija sve se više koriste za modeliranje scenarija financiranja, što omogućava donošenje informiranih odluka (Glied i Smith, 2011).

7. ZAKLJUČAK

Financiranje zdravstvenog sustava predstavlja jedan od najkompleksnijih izazova svake države, osobito u uvjetima sve zahtjevnijih zdravstvenih potreba stanovništva, demografskih promjena i fiskalnih ograničenja. Hrvatska se već dugi niz godina suočava s brojnim strukturnim, organizacijskim i financijskim problemima unutar zdravstvenog sustava, a posebno s izazovima koji se odnose na dugoročnu održivost, pravednost i učinkovitost modela financiranja. Usporedba s drugim zemljama Europske unije dodatno potvrđuje potrebu za reformskim pristupom, ali i nudi primjere dobre prakse koje Hrvatska može prilagoditi vlastitom kontekstu.

Analizom institucionalnog okvira, povijesnog razvoja i aktualne organizacijske strukture, jasno se uočava da hrvatski zdravstveni sustav počiva na mješovitom modelu, s dominacijom javnog financiranja putem doprinosa za zdravstveno osiguranje. Ova struktura u velikoj mjeri potvrđuje hipotezu H1, prema kojoj visoka ovisnost o doprinosima stvara dodatni pritisak na radno aktivno stanovništvo, osobito u uvjetima nepovoljnih demografskih trendova. Oslanjanje na ograničenu bazu osiguranika, uz istodobni rast troškova, dovodi u pitanje dugoročnu fiskalnu održivost.

Uočljivo je i da udio privatnog financiranja, posebice kroz izravna plaćanja, raste, što stvara neravnoteže u dostupnosti zdravstvenih usluga, ponajprije za ranjive skupine. Usporedba s državama poput Njemačke, Švedske i Nizozemske, gdje su tržišni mehanizmi bolje regulirani, a sustavi strukturirani oko višestrukih izvora financiranja, pruža dodatne argumente u korist hipoteze H2. U tim zemljama vidljivo je da viša razina privatnog sufinanciranja kada je jasno uređena i nadzirana, ne dovodi nužno do socijalne nejednakosti, već može pridonijeti učinkovitijem sustavu i boljim ishodima liječenja, uz održavanje fiskalne ravnoteže.

Tijekom istraživanja pokazalo se da ključne točke za poboljšanje hrvatskog sustava uključuju bolju kontrolu troškova, sustavno prikupljanje i korištenje podataka, te uvođenje digitalnih alata za upravljanje resursima. Ovdje se potvrđuje i hipoteza H3, koja ističe važnost digitalizacije, integriranog upravljanja i efikasne alokacije sredstava kao ključnih faktora za napredak. Primjeri zemalja koje su uspješno integrirale elektroničke kartone, digitalne sustave za praćenje ishoda i platforme za racionalizaciju troškova potvrđuju nužnost takvih mjera i u Hrvatskoj.

Reforme koje se preporučuju uključuju povećanje fiskalne baze financiranja, smanjenje ovisnosti o doprinosima iz plaća, veću transparentnost u trošenju sredstava te jačanje funkcija nadzora i evaluacije. Uvođenje plaćanja po ishodima (pay-for-performance), kao i razvoj digitalnih alata za praćenje troškova i učinkovitosti, predstavljaju put prema većoj racionalnosti i pravednosti u raspodjeli zdravstvenih usluga.

Hrvatski zdravstveni sustav se nalazi na prekretnici. Model financiranja koji je godinama opstajao više ne može odgovoriti na nove izazove bez dubinskih promjena. Reforme ne smiju biti ad hoc ni vođene političkim ciklusima, već temeljene na podacima, ekonomskim analizama i inkluzivnim javnim dijalozima. Hrvatska ima resurse, znanje i pristup europskim fondovima, no potreban je konsenzus oko smjera reformi i hrabrost da se one provedu sustavno, a ne kozmetički. Uspješna reforma financiranja zdravstva mora uključivati ne samo promjene u načinu prikupljanja i raspodjele sredstava, već i širi pristup koji obuhvaća zdravstvo kao javno dobro, strateško pitanje nacionalne sigurnosti i temelj socijalne kohezije. U tom kontekstu, zdravstvo ne treba promatrati samo kao trošak, već kao investiciju u društveni kapital, produktivnost i dugoročni razvoj zemlje.

LITERATURA

1. Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). Defining health systems. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.ahrq.gov/chsp/defining-health-systems/index.html>
2. Barić, V. (2007). Od javnoga prema tržišnom financiranju zdravstva. Računovodstvo, revizija i financije, (17), Zagreb.
3. Bejaković, P. (2007). Zdravstveni sustav. Institut za javne financije.
4. Bhaduri, S. D. (2020). Germany: Health care system overview and SWOT analysis. The Indian Practitioner, 73(10). Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewById/1085997>
5. Bodul, D., i Smokvina, V. (2012). Izazovi socijalne države u uvođenju osobnog bankrota - neka komparativna iskustva i potencijalni problemi. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 49(1), 139-165. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://hrcak.srce.hr/file/117594>
6. Broz, T., i Švaljek, S. (2014). Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme. U O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 51-75). Ekonomski institut, Zagreb.
7. Dobrovolska, O., Sonntag, R., Kachula, S., Hubaryk, O., & Savanchuk, T. (2023). Financial and investment indicators for accelerating innovation development: Comparison of GII leaders and Ukraine. Investment Management and Financial Innovations, 20(4), 452–466. Dostupno na: <https://www.imfi-journal.com/index.php/imfi/article/view/35>
8. European Commission. (2022). Country Report - Croatia. Preuzeto 13. lipnja 2025., s https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/2022-european-semester-country-reportcroatia_en.pdf
9. European Observatory on Health Systems and Policies (2021, 2022). Country Health Profiles: Croatia, Germany, Sweden, Netherlands. Dostupno na: <https://health.ec.europa.eu>
10. European Observatory on Health Systems and Policies. (2022). Croatia: Health system summary. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://eurohealthobservatory.who.int>
11. Expat in Croatia. (2023). Healthcare and health insurance in Croatia: Guide for 2023. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.expaticroatia.com/healthcare-in-croatia/>
12. Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection. (2019). The Austrian health care system: Key facts. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.sozialministerium.at>

13. Federal Poverty Level (FPL). (2024). Healthcare.gov. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>
14. Fillmore, R. (2009). The evolution of the U.S. healthcare system (str. 336-338). Farmington Hills: The Gale Group.
15. Gesetzliche Krankenversicherung – Bundesministerium für Gesundheit (Njemačka). Dostupno na: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
16. Gesetzliche Krankenversicherung. (2024). Federal Ministry of Health (Germany). Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv>
17. How is Medicare funded? (2024). Medicare.gov. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.medicare.gov/about-us/how-is-medicare-funded>
18. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Izvješća o poslovanju i sustavu osiguranja (2022., 2023.). Dostupno na: <https://hzzo.hr>
19. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2019-2023). Izvješća o poslovanju HZZO-a za 2018.-2022. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>
20. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2024). Opis zdravstvenog sustava. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>
21. Hsiao, W. C. (2003). What is a health system? Why should we care? Preuzeto 13. lipnja 2025., s http://fpzg.hr/_download/repository/Hsiao2003.pdf
22. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva - situacija u Hrvatskoj. Ekonomski vjesnik, 26(2), 551-563. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://hrcak.srce.hr/116455>
23. Kulesher, R., i Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. Journal of Hospital Administration. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.researchgate.net/publication/276225045>
24. Liste: Gesetzliche Krankenkassen. (2024). Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.krankenkassen.de/gesetzlichekrankenkassen/krankenkassen-liste/>
25. Lukovnjak, I. (2009). Temeljni ekonomsko-financijski pokazatelji sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Udruga poslodavaca u zdravstvu.
26. Lukovnjak, I. (2012). Osnovne odrednice prijedloga državnog proračuna s analizom proračuna Ministarstva zdravlja i HZZO-a. Udruga poslodavaca u zdravstvu.
27. Lukovnjak, I. (2012). Poslovanje zdravstvenih ustanova u 2011. godini: Analiza obveza i potraživanja. Udruga poslodavaca u zdravstvu.

28. Marković, B., i Vukić, S. (2009). Modeli organizacije financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta. *Ekonomski vjesnik*, (1), srpanj.
29. Mihaljek, D. (2012). Kako financirati zdravstvo u doba fiskalne krize. U *Krvna slika zdravstvenog sustava*. Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka.
30. Ministarstvo financija. (2022). Obrazloženje financijskog plana HZZO-a za 2023. i projekcije do 2025. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://mfin.gov.hr/UserDocsImages/>
31. Ministarstvo zdravstva. (2024). Djelokrug rada Ministarstva zdravstva. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvozdravlja/djelokrug/709>
32. Ministarstvo zdravstva. (2024). Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>
33. Narodne novine. (2006-2010). Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/06, 150/08, 71/10).
34. Narodne novine. (2008). Zakon o doprinosima. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.zakon.hr/z/365/Zakon-o-doprinosima>
35. Narodne novine. (2008-2016). Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, itd.). Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>
36. Narodne novine. (2013). Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13).
37. OECD (2023). Health at a Glance: Europe 2022 i Health spending (indicator). Dostupno na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
38. OECD i European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Hrvatska: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021. Preuzeto 13. lipnja 2025., s https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hr_croatian.pdf
39. OECD, Eurostat, WHO. (2017). A system of health accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
40. OECD. (2023). Health spending (indicator). Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

41. Ostojić, R. (2012). Stanje zdravstvenog sustava. U Krvna slika zdravstvenog sustava. Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka.
42. Patel, S. (2020). Comparing healthcare models and their role in the COVID-19 response. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.peaceinnovation.com/blog/comparing-healthcare-models-and-their-role-in-the-covid-19-response>
43. Pogorilić, S. (2012). Ima li lijeka za tržište lijekova. U Krvna slika zdravstvenog sustava. Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka.
44. Private Krankenversicherung. (2024). Federal Ministry of Health (Germany). Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/privatekrankenversicherung.html>
45. Puljiz, V. (1995). Bismarckove socijalne reforme. Revija za socijalnu politiku, 2, 243-247.
46. Ridic, G., Gleason, S., i Ridic, O. (2012). Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio-Medica*, 24(2), 112-120.
47. Sadeghi, S. (2013). Integrating quality and strategy in health care organizations (str. 4). Jones i Bartlett Publishers.
48. Shah, S. S. (2024). Cost-effectiveness and policy implications of personalised medicine. *Premier Journal of Science*, 1, 100018
49. Smolić, Š. (2008). Komparativna analiza zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj i odabranim zemljama Europske unije (Magistarski rad). Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
50. Statista. (2023). Leading problems facing the health care system in the U.S. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.statista.com/statistics/917159/leading-problems-healthcare-system-us/>
51. Statista. (2023). Share of individuals who said select problems were the biggest facing the health care system in the United States in 2023. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.statista.com/statistics/917159/leading-problems-healthcare-system-us/>
52. Statistics Austria. (2023). Health expenditure. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.statistik.at/en/statistics/population-and-society/health/health-care-and-expenditure/health-expenditure>
53. The Strategy Story. (2023). SWOT analysis of the healthcare industry in the US. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://thestrategystory.com/blog/swot-analysis-of-the-healthcare-industry-in-the-us/>

54. U.S. Department of Health and Human Services. (2024). Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.hhs.gov/>
55. Varga, S. (2012). Informatizacija zdravstva. U Krvna slika zdravstvenog sustava - e-zdravstvo. Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka.
56. Vehovec, M. (2012). Indeks zdravstvene zaštite potrošača: gdje je Hrvatska? U Krvna slika zdravstvenog sustava - e-zdravstvo. Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka.
57. Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. (2024). Bundesgesundheitsministerium. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html>
58. Veterans Health Administration. (2024). About VHA. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.va.gov/health/aboutvha.asp>
59. Vlada Republike Hrvatske. (2021). Nacionalni plan oporavka i otpornosti 2021.-2026. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://planoporavka.gov.hr>
60. Volkova, Y., Dyachenko, O., Novikova, N., & Khmurova, V. (2024, 31. listopada). Analysis of modern approaches to financial provision of health care institutions in Ukraine. *Finance and Credit: Development Policy Theory and Practice*, 5(58), 150–162. Dostupno na: <https://www.fkd.net.ua/index.php/fkd/article/view/4496>
61. World Health Organization (WHO) (2023). Global Health Expenditure Database i Health Financing Profile by Country. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho>
62. World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
63. World Health Organization. (2023). Health financing. Preuzeto 13. lipnja 2025., s https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_2
64. WorldData.info. (2024). Country comparison: Croatia vs Austria - Health. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.worlddata.info/country-comparison.php?country1=AUT&country2=HRV#health>
65. Your Medicare coverage choices. (2024). Medicare.gov. Preuzeto 13. lipnja 2025., s <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/your-medicare-coverage-choices>
66. Zrinščak, S. (1999). Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi. *Revija za socijalnu politiku*, 6(1), 3-19.

67. Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske. Revija za socijalnu politiku, 14(2), 193-220.

POPIS TABLICA

Tablica 1. Usporedba modela financiranja.....	24
Tablica 2. Potrošnja na zdravstvo po glavi stanovnika	35