

Financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

Dadić, Goran

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of economics Split / Sveučilište u Splitu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:124:172280>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported/Imenovanje-Nekomercijalno-Dijeli pod istim uvjetima 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-20**

Repository / Repozitorij:

[REFST - Repository of Economics faculty in Split](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU
EKONOMSKI FAKULTET

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U REPUBLICI
HRVATSKOJ
ZAVRŠNI RAD

Mentor:

doc. dr. sc. Burnać Paško

Student:

Goran Dadić

Split, rujan 2023.


Izjava

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, Goran Dadić,
(ime i prezime)

izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je navedeni rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja na objavljenu literaturu, što pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio navedenog rada nije napisan na nedozvoljeni način te da nijedan dio rada ne krši autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije korišten za bilo koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

Split, 2023. godine

Vlastoručni potpis : 

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Ciljevi rada.....	2
1.2. Metode istraživanja.....	2
1.3. Struktura rada	2
2. DEFINICIJA I OBILJEŽJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U REPUBLICI HRVATSKOJ	3
2.1. Zdravstveni sustav, definicija i pojam.....	3
2.2. Zdravstveni sustav RH	8
3. DEFINICIJA I ANALIZA ELEMENATA FINANCIRANJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA	15
3.1. Financiranje zdravstvenih sustava.....	15
3.2. Modeli financiranja zdravstvene zaštite.....	20
3.2.1. Beveridgeov model	21
3.2.2. Bismarckov model.....	22
3.2.3. Tržišni model	23
3.3. Financiranje zdravstvenog sustava u RH	24
3.4. Struktura osiguranika	28
3.5. Analiza poslovanja HZZO-a u periodu od 2018. do 2022. godine	30
3.5.1. Prihodi.....	32
3.5.2. Rashodi.....	36
3.6. Razlozi deficita u zdravstvenom sustavu RH.....	39
4. USPOREDBA NA PRIMJERU ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE AUSTRIJE	41
4.1. Obilježja zdravstvenog sustava Republike Austrije	41
4.2. Financiranje zdravstvenog sustava Republike Austrije.....	44
4.3. Usporedba zdravstvenih sustava dviju zemalja.....	47
5. ZAKLJUČAK	50
SAŽETAK.....	52
SUMMARY	53
LITERATURA.....	54
POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIČKIH PRIKAZA	57

1. UVOD

Financiranje zdravstvenog sustava predstavlja ključni aspekt osiguravanja adekvatne zdravstvene skrbi stanovništvu. U Republici Hrvatskoj, kao i u mnogim drugim zemljama, financiranje zdravstvenog sustava igra vitalnu ulogu u osiguravanju pristupačnih i kvalitetnih zdravstvenih usluga za sve građane. Ovaj rad će se fokusirati na financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, definirati zdravstveni sustav i analizirati njegove ključne karakteristike. Također, dati će se usporedba hrvatskog zdravstvenog sustava s onim Republike Austrije kako bi se dao uvid u razlike i sličnosti između ova dva zdravstvena sustava.

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj obuhvaća široki spektar zdravstvenih usluga koje se pružaju stanovništvu. Ministarstvo zdravlja ima ključnu ulogu u upravljanju zdravstvenim sustavom i reguliranju pružanja zdravstvenih usluga. Također je odgovorno za razvoj zdravstvene politike, planiranje zdravstvenih programa, postavljanje regulatornih standarda i osposobljavanje zdravstvenih stručnjaka. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je osiguravatelj i glavni kupac zdravstvenih usluga u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja, što omogućava pristup zdravstvenim uslugama većini stanovništva.

Financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj temelji se na obveznom zdravstvenom osiguranju koje građani uplaćuju putem doprinosa. Osim toga, postoji i dopunsko zdravstveno osiguranje koje je dobrovoljno i koje osiguranici mogu kupiti od HZZO-a ili privatnih osiguravatelja. Financiranje zdravstvenog sustava uključuje i javna sredstva koja se osiguravaju putem državnog proračuna kako bi se osigurala pristupačnost zdravstvenih usluga za ranjive skupine stanovništva. Glavni problem istraživanja ovog rada odnosi se na analizu financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. Zdravlje je cilj svakog ljudskog bića dok je zdravstveni sustav stavka u potrošnji za koju se treba osigurati sredstva te ključni ekonomski sektor koji donosi brojna radna mjesta, potiče istraživanja i razvoj nove tehnologije. Analizirati će se kako konstantan rast potrošnje zdravstvenih usluga utječe na dugogodišnji deficit u financiranju javnog zdravstva. U istraživanju će se identificirati kako napredak tehnologije, starenje stanovništva te pandemija Covida-19 utječu na financijske potrebe zdravstva u Republici Hrvatskoj. U cilju stjecanja boljeg uvida u financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, korisno je usporediti ga s austrijskim zdravstvenim sustavom. Austrijski zdravstveni sustav također se temelji na obveznom zdravstvenom osiguranju, ali ima specifičnosti i karakteristike koje se razlikuju od hrvatskog sustava. Usporedba tih dvaju sustava omogućit će nam bolje razumijevanje njihovih snaga, izazova i mogućnosti za poboljšanje.

1.1. Ciljevi rada

Cilj rada je analizirati funkcioniranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, s naglaskom na financiranje istog, te ga usporediti sa zdravstvenim sustavom Republike Austrije.

- Definirati i objasniti strukturu i elemente financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj
- Analizirati prihode i rashode zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj
- Usporediti strukturu financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj sa strukturom financiranja zdravstvenog sustava u Republici Austriji
- Ocijeniti trenutno stanje financija zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

1.2. Metode istraživanja

U radu se primjenjuje više metoda istraživanja među kojima je metoda analize najzastupljenija. Naime, ova se metoda koristi u analizi zdravstvenih sustava i financijskih izvještaja, koji se potom sintetiziraju u konkretne zaključke pomoću metode sinteze. Metoda deskripcije se primjenjuje u dijelovima opisivanja prikupljenih podataka, dok se metoda komparacije primjenjuje prilikom usporedbe podataka po godinama, te prilikom usporedbe dvaju zdravstvenih sustava, onog Republike Hrvatske i Republike Austrije. Metoda dedukcije se primjenjuje kako bi se od općih podataka došlo do pojedinačnih.

1.3. Struktura rada

Rad je strukturiran u pet cjelina, uključujući uvod i zaključak. U uvodnom dijelu se čitatelja uvodi u temu rada, ciljeve i metode istraživanja, te strukturu rada. U drugom dijelu rada se obrađuje zdravstveni sustav općenito, njegova obilježja i definiranje. Ujedno, obrađuju se i karakteristike zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. Treći dio rada se odnosi na definiciju i analizu elemenata financiranja zdravstvenog sustava, gdje se na općenit način prema praksama u svijetu obrađuje financiranje zdravstvenog sustava i važnost istog, potom se obrađuju modeli financiranja zdravstvene zaštite, te financiranje zdravstvenog sustava RH. Također, u ovom dijelu rada se obrađuju financijski izvještaji u zdravstvu temeljem izvještaja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, pri čemu se ista obrađuju u periodu od 2018. do 2022 godine. Četvrti dio rada se odnosi na usporedbu slučaja zdravstvenog osiguranja na primjerima Republike Austrije i RH, pri čemu se u ovom dijelu rada iznose karakteristike zdravstvenog sustava Austrije, financiranje istog, a potom slijedi usporedbu obaju navedenih sustava. Posljednji dio rada se odnosi na zaključak.

2. DEFINICIJA I OBILJEŽJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Zdravstveni sustav je ključna komponenta svakog društva jer pruža važne zdravstvene usluge i skrb svim građanima. On obuhvaća široki raspon institucija, organizacija, zdravstvenih radnika i resursa koji rade zajedno kako bi osigurali pristup kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovo poglavlje ima za cilj pružiti kontekst i pregled glavnih elemenata i funkcija koje čine zdravstveni sustav.

Zdravstveni sustav pruža preventivne usluge kako bi se spriječile bolesti i očuvalo zdravlje stanovništva. To uključuje edukaciju o zdravlju, cijepljenje, rano otkrivanje bolesti i promociju zdravih stilova života. Nadalje, zdravstveni sustav omogućuje dijagnostiku i liječenje različitih zdravstvenih stanja. Ovo uključuje medicinske preglede, terapiju lijekovima, kirurške zahvate i rehabilitaciju. Treće, sustav pruža podršku i skrb za osobe s dugotrajnim bolestima ili invaliditetom.

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj obuhvaća sve institucije, organizacije i aktere koji sudjeluju u pružanju zdravstvene skrbi stanovništvu. Njegova svrha je osigurati kvalitetnu i pristupačnu zdravstvenu zaštitu svim građanima Republike Hrvatske.

2.1. Zdravstveni sustav, definicija i pojam

Agencija za zdravstvena istraživanja i kvalitetu (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ), donosi nekoliko definicija zdravstvenog sustava.

- Centar izvrsnosti Dartmouth Collegea definira zdravstveni sustav kao organizaciju koja se sastoji od najmanje jedne bolnice i jedne ili više grupa liječnika. Liječničke grupe moraju uključivati najmanje tri liječnika primarne zdravstvene zaštite (AHRQ, 2023).
- Centar izvrsnosti Nacionalnog ureda za ekonomska istraživanja (NBER) definira zdravstveni sustav kao grupu zdravstvenih organizacija koje su u zajedničkom vlasništvu ili upravljaju. To uključuje liječničke ordinacije, bolnice i ustanove za medicinsku njegu. Sustav mora uključivati najmanje jednu bolnicu za opću akutnu skrb, 10 liječnika primarne zdravstvene zaštite i ukupno 50 liječnika unutar jedne bolničke referentne regije (AHRQ, 2023).
- RAND Center of Excellence definira zdravstveni sustav kao dvije ili više zdravstvenih organizacija koje su povezane putem zajedničkog vlasništva ili ugovornog odnosa. Sustav mora uključivati najmanje jednu bolnicu za akutnu skrb i jednu liječničku organizaciju. Horizontalni sustavi koji se sastoje samo od bolnica isključeni su iz ove definicije (AHRQ, 2023).

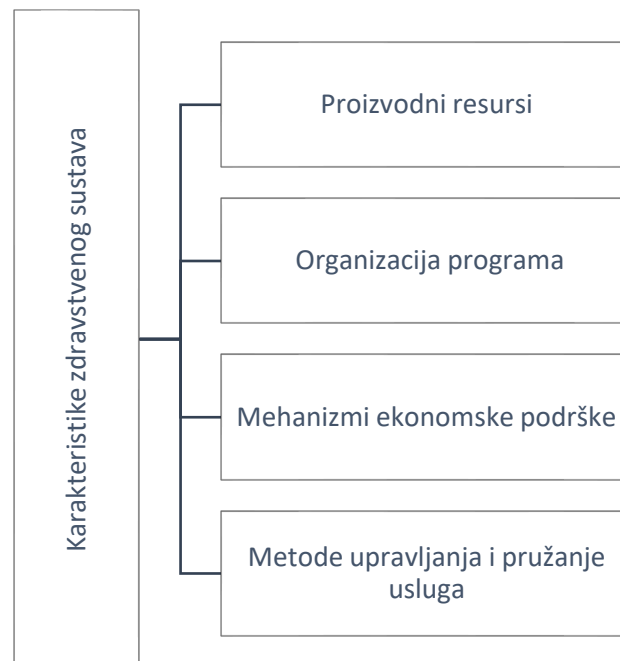
- Prema Kompendiju zdravstvenih sustava SAD-a, 2016., zdravstveni sustav je organizacija koja uključuje najmanje jednu bolnicu i jednu grupu liječnika koji pružaju sveobuhvatnu skrb. Veza između liječnika i bolnica može biti kroz zajedničko vlasništvo ili zajedničko upravljanje.

Definicija razmatra modele zaklade kao oblik zajedničkog upravljanja, dok zajedničko sudjelovanje u odgovornoj organizaciji skrbi nije indikativno za zajedničko upravljanje. Izraz "grupa" ne odnosi se nužno na zasebno organiziranu medicinsku grupu, budući da se bolnice koje zapošljavaju liječnike u zajednici koji pružaju sveobuhvatnu skrb, također smatraju zdravstvenim sustavima (AHRQ, 2023).

Zdravstveni sustavi definirani su i konceptualizirani na različite načine. U početku su opisivani na temelju pokazatelja kapaciteta i aktivnosti, poput broja bolničkih kreveta, liječnika, medicinskih sestara i državnih programa. Drugi pristup, koji je predložio Roemer, naglašava četiri karakteristike zdravstvenog sustava prikazanih grafičkim prikazom 1.

Slika 1

Karakteristike zdravstvenog sustava prema Roemer-u



Izvor: Hsiao, 2003., str. 1

Drugačija perspektiva, koju je predstavio Hurst (Hsiao, 2003:1), promatrala je zdravstvene sustave kao niz tokova sredstava i načina plaćanja između različitih skupina stanovništva i institucija. Iako informativan, ovom pristupu također je nedostajalo objašnjenje zašto su određeni sustavi proizveli određene rezultate.

Literatura također promatra zdravstvene sustave kao skup funkcionalnih komponenti. Naime, Londono i Frenk identificirali su četiri funkcije zdravstvenih sustava (Hsiao, 2003:1):

- financiranje,
- isporuka,
- modulacija i
- artikulacija.

Spomenuti autori ujedno su predložili novi organizacijski model za zdravstvene sustave koji se financiraju kroz socijalno osiguranje za obavljanje ovih funkcija. Anne Mills (Hsiao, 2003:2) konceptualizirala je zdravstvene sustave kao labavi okvir aktera i funkcija, uključujući financiranje, regulaciju, raspodjelu resursa i pružanje usluga.

Iako ovi pristupi pomažu klasificirati i analizirati zdravstvene sustave na temelju njihovih unutarnjih funkcija, oni ne definiraju eksplicitno ciljeve tih funkcija, mehanizme kojima postižu te ciljeve, međuodnos između funkcija ili kako varijacije u organiziranju ovih funkcija u konačnici utječu na ishode (Hsiao, 2003:2).

Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO) ističe kako zdravstveni sustav obuhvaća sve organizacije, ustanove, resurse i pojedince čiji je primarni cilj unapređenje zdravlja. Navedeno uključuje napore za rješavanje odrednica zdravlja kao i izravne aktivnosti za poboljšanje zdravlja. Zdravstveni sustav pruža preventivne, promotivne, kurativne i rehabilitacijske intervencije kombinacijom javnozdravstvenih radnji i hijerarhije zdravstvenih ustanova koje pružaju državni i nedržavni akteri (WHO, 2010). Radnje zdravstvenog sustava trebale bi biti osjetljive, financijski poštene i pune poštovanja prema pojedincima. Da bi učinkovito funkcionirao, prema WHO (2010), zdravstveni sustav zahtijeva:

- osoblje,
- sredstva,
- informacije,
- zalihe,
- transport,
- komunikaciju i
- opće vodstvo i smjernice.

Jačanje zdravstvenih sustava uključuje rješavanje ključnih ograničenja u svakom od ovih područja. Praćenje učinka zdravstvenih sustava predstavlja izazov zbog njihove složene prirode i raspodjele odgovornosti na više sektora. Kao odgovor na to, WHO i njeni partneri rade na postizanju konsenzusa

o ključnim pokazateljima i učinkovitim metodama za procjenu kapaciteta zdravstvenog sustava, uključujući ulaze, procese, rezultate i ishode. Usklađivanje praćenja i evaluacije zdravstvenih sustava nudi nekoliko prednosti, kao što su smanjeni troškovi, povećana učinkovitost i smanjeni pritisci na zemlje (WHO, 2010).

WHO (2010) također navodi kako upravo šest temeljnih komponenti, prikazanih grafičkim prikazom 2, doprinosi poboljšanju zdravstvenih sustava, i to na različite načine. Neki sveobuhvatni elementi, kao što su vodstvo/upravljanje i zdravstveni informacijski sustavi, čine temelj za kreiranje politike i regulaciju u svim ostalim komponentama zdravstvenog sustava. Osnovni inputi u zdravstveni sustav uključuju financiranje i zdravstvenu radnu snagu. Druga kategorija, koja uključuje medicinske proizvode i tehnologije te pružanje usluga, predstavlja neposredne ishode zdravstvenog sustava, posebno dostupnost i distribuciju skrbi.

Slika 2

Okvir zdravstvenih sustava Svjetske zdravstvene organizacije



Izvor: World Health Organization, 2010: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies

Međutim, kako ističe WHO (2010), podjela složenog koncepta poput zdravstvenog sustava na različite komponente je izazovna. Okvir se prvenstveno koncentrira na radnje unutar zdravstvenog sektora i umanjuje značaj radnji u drugim sektorima. Zanemaruje ponašanja koja utječu na promicanje zdravlja, zaštitu i korištenje zdravstvene skrbi. Osim toga, ne bavi se temeljnim društvenim i ekonomskim čimbenicima koji oblikuju zdravlje. Nadalje, ne priznaje međusobnu povezanost i dinamičke interakcije između svake komponente. Unatoč tome, fokusiranjem na ove pojedinačne komponente, moguće je uspostaviti granice konstrukcije i identificirati pokazatelje i strategije mjerenja za praćenje napretka (WHO, 2010).

Kvalitetno pružanje zdravstvenih usluga ključna je komponenta učinkovitog zdravstvenog sustava koji bi trebao sadržavati slijedeće karakteristike (WHO, 2010):

- Sveobuhvatnost: pruža se širok raspon zdravstvenih usluga, udovoljavajući potrebama ciljane populacije, uključujući preventivne, kurativne, palijativne, rehabilitacijske usluge i aktivnosti promicanja zdravlja.
- Pristupačnost: Usluge su lako dostupne bez prepreka u pogledu cijene, jezika, kulture ili zemljopisa. Zdravstvene usluge nalaze se u blizini ljudi, pri čemu primarna zdravstvena zaštita služi kao ulazna točka, a ne specijalistička ili bolnička skrb. Usluge se mogu pružati u različitim okruženjima kao što su domovi, zajednice, radna mjesta ili zdravstvene ustanove.
- Pokrivenost: Cilj pružanja usluga je doprijeti do svih pojedinaca u ciljnoj populaciji, bez obzira na njihov zdravstveni status, razinu prihoda ili društvenu skupinu.
- Kontinuitet: Pružanje usluga organizirano je kako bi se osigurao kontinuitet skrbi za pojedince u različitim uslugama, zdravstvenim stanjima, razinama skrbi i tijekom cijelog njihovog životnog vijeka.
- Kvaliteta: Zdravstvene usluge su visoke kvalitete, a karakterizira ih učinkovitost, sigurnost, usmjerenost na pacijenta i pravovremena isporuka.
- Usmjerenost na osobu: usluge su osmišljene oko potreba pojedinca, a ne isključivo na bolesti ili financijska pitanja. Korisnici percipiraju usluge kao osjetljive i prihvatljive te se potiče njihovo aktivno sudjelovanje u dizajnu i evaluaciji pružanja usluga. Na ljude se gleda kao na partnere u vlastitoj zdravstvenoj skrbi.
- Koordinacija: Lokalne mreže zdravstvenih usluga aktivno koordiniraju skrb među različitim pružateljima usluga, vrstama skrbi i razinama pružanja usluga. Ova se koordinacija proteže na rutinsku njegu i pripravnost za hitne slučajeve. Pružatelji primarne zdravstvene zaštite igraju ulogu u vođenju pacijenata kroz sustav zdravstvene skrbi i surađuju s drugim pružateljima usluga i sektorima, kao što su socijalne službe i organizacije zajednice.

- **Odgovornost i učinkovitost:** Zdravstvenim se uslugama učinkovito upravlja kako bi se postigli gore navedeni elementi uz minimalno rasipanje resursa. Menadžeri imaju potrebnu ovlast za ispunjavanje postavljenih ciljeva i smatraju se odgovornima za cjelokupnu izvedbu i rezultate. Mehanizmi ocjenjivanja uključuju sudjelovanje ciljane populacije i civilnog društva.

Ove karakteristike osiguravaju da je pružanje usluga unutar zdravstvenog sustava sveobuhvatno, dostupno, pravedno, kontinuirano, visokokvalitetno, usmjereno na osobu, dobro koordinirano i učinkovito.

2.2. Zdravstveni sustav RH

Sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj temelji se na načelima solidarnosti i uzajamnosti, pri čemu građani doprinose prema svojim mogućnostima plaćanja i primanja osnovnih zdravstvenih usluga prema svojim potrebama. Organizacija hrvatskog zdravstvenog sustava temelji se na načelima socijalnog osiguranja i uključuje javno i privatno davanje te financiranje usluga (Kovač, 2013). U rujnu 2012., Vlada RH je usvojila Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva od 2012. do 2020., a za cilj je imala utvrditi smjer razvoja zdravstva u Hrvatskoj tijekom navedenog desetljeća. Donošenje Nacionalne strategije razvoja zdravstva bilo je važno i u kontekstu pristupanja Europskoj uniji jer je postojanje takvog dokumenta nužan preduvjet za financiranje EU projekata u području zdravstva. Operativni planovi koji se temelje na Strategiji imali su za cilj poboljšati financiranje zdravstvenog sektora i pomoći u kreiranju učinkovitijeg i pravednijeg zdravstvenog sustava (HZZO, 2021). Općenito gledajući, standard zdravstvene skrbi u Hrvatskoj je zadovoljavajući, s boljom kvalitetom usluga u gradovima i većim naseljima. Međutim, na udaljenim i rubnim područjima, kao i na otocima, standard zdravstvenih usluga je ograničen.

U Hrvatskoj postoje tri vrste zdravstvenog osiguranja (Expat in Croatia, 2023):

- **Obvezno zdravstveno osiguranje:** Ovo je osnovno obvezno javno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj, obvezno za sve stanovnike. Obuhvaća usluge primarne zdravstvene zaštite koje propisuje državna agencija HZZO.
- **Dopunsko zdravstveno osiguranje:** Ovo je cjenovno prihvatljiv izborni dodatak javnom ili privatnom zdravstvenom osiguranju. Uklanja većinu participacija za recepte, posjete liječniku, dijagnostičke pretrage i posjete bolnicama.
- **Dodatno zdravstveno osiguranje:** Ovo je najviša razina zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj i nude ga samo privatni osiguravatelji i banke. Pokriva specijalističke tretmane, dodatne usluge, preventivnu njegu, laboratorijske pretrage i produženi boravak u bolnici.

Za sve hrvatske državljane i rezidente obvezno je zdravstveno osiguranje koje nije besplatno. Hrvatska ima univerzalni zdravstveni sustav koji svim građanima osigurava obvezno javno osiguranje. Osnovni plan zdravstvenog osiguranja, poznat kao "obvezno", propisan je zakonom i njime upravlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Dostupni su i izborni planovi zdravstvenog osiguranja, nazvani "dopunsko" i "dodatno" (Expat in Croatia, 2023).

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može biti dopunsko, dodatno i privatno. Dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva dijelove troškova zdravstvene zaštite koji nisu obuhvaćeni obveznim zdravstvenim osiguranjem. Dopunsko zdravstveno osiguranje, koje uglavnom služi za plaćanje participacije u okviru paketa zdravstvenih usluga, je dobrovoljno i može se kupiti od HZZO-a (glavnog pružatelja usluga) ili od privatnih osiguravatelja.

Dobrovoljno privatno zdravstveno osiguranje može biti podijeljeno na nekoliko oblika (Kovač, 2013):

1. Dopunsko osiguranje se koristi za proširenje postojećeg pokrića javnog zdravstvenog sustava ili za pokrivanje troškova koji nisu obuhvaćeni javnim sustavom (primjerice u Danskoj, Francuskoj, Italiji, Sloveniji). Dodatno osiguranje se koristi za pružanje većeg opsega prava i višeg standarda (primjerice u Austriji, Njemačkoj, Italiji). Prednosti ovog modela uključuju pristup zdravstvenim uslugama koje osiguranici očekuju, uz aktivnu suradnju između javnog i privatnog sektora.
2. Alternativno dobrovoljno zdravstveno osiguranje djeluje paralelno s javnim sustavom, nudeći privatnu alternativu ili dvostruko pokriće (kao što je slučaj u Velikoj Britaniji, Španjolskoj, Portugalu). Ovaj model omogućuje brži pristup zdravstvenim uslugama i nudi osiguranicima mogućnost izbora pružatelja usluga. Prednosti uključuju racionalizaciju troškova javnog zdravstva, dok osiguranici i dalje plaćaju porez i pridonose javnom sustavu.
3. Zamjensko dobrovoljno zdravstveno osiguranje zamjenjuje javni sustav i osiguranici su izuzeti iz javnog sustava (primjerice u Njemačkoj, Španjolskoj - državni službenici, Austriji - samozaposlenici). Ovaj model omogućuje osiguranicima da plaćaju više od stvarnog troška usluga, generirajući profit koji se može dalje ulagati. Osim toga, osiguranicima se nudi prilagođeno pokriće koje može biti nedostupno u javnom sustavu.

Više od 60% stanovništva u RH ima dopunsko osiguranje. Hrvatska ima univerzalno zdravstveno osiguranje, a paket zdravstvenih usluga je opsežan (OECD, Observatory, 2021). Dodatno osiguranje pruža viši standard zdravstvene zaštite i šire pokriće prava od onoga što je osigurano obveznim zdravstvenim osiguranjem. Privatno zdravstveno osiguranje osigurava zdravstvenu zaštitu fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a nisu obvezne osigurati se prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH (Kovač, 2013).

Određene skupine osiguranika oslobođene su plaćanja troškova zdravstvene zaštite, uključujući djecu mlađu od 18 godina, uzdržavane osobe nesposobne za samostalan život, osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj nesposobne za samostalan život, članove obitelji smrtno stradalih ili nestalih pripadnika Oružanih snaga RH i invalide Oružanih snaga RH. Obvezno zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove elektivnih zdravstvenih usluga kao što su plastična kirurgija, eksperimentalni tretmani, kontracepcija, pobačaj ili povećane medicinske troškove zbog osobnih ili vjerskih uvjerenja (Expat in Croatia, 2023).

U Hrvatskoj postoje različite vrste zdravstvenih ustanova, uključujući kliničke bolničke centre, klinike, poliklinike, opće bolnice, specijalne bolnice, lječilišta, domove zdravlja, zavode i županijske zavode za hitnu medicinu. Ove ustanove pružaju zdravstvene usluge i pridonose cjelokupnoj zdravstvenoj infrastrukturi u zemlji. Vlasništvo nad bolnicama u Hrvatskoj podijeljeno je između države i županija. Postoje brojne zdravstvene ustanove, s otprilike 79 bolnica i klinika koje imaju oko 25.285 kreveta, opslužujući preko 760.000 pacijenata godišnje. Osim toga, postoji oko 5.792 ordinacija privatne prakse i ukupno oko 46.020 zdravstvenih radnika, uključujući oko 10.363 doktora medicine. Država također ima 79 jedinica hitne medicinske pomoći (Expat in Croatia, 2023).

Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj pruža se putem domova zdravlja, hitne medicinske pomoći i ljekarni. Svaka općina u Hrvatskoj ima dom zdravlja koji pruža primarne zdravstvene usluge putem općih liječničkih pregleda koje obavljaju liječnici opće prakse. Domovi zdravlja također pružaju hitnu medicinsku pomoć, dijagnostičke usluge (laboratorijske i radiološke) te javnozdravstvene usluge, uključujući higijenu. U ruralnim i udaljenim područjima, domovi zdravlja su pod nadzorom bolnica za pružanje specijalističke vanbolničke zaštite, iako postoje ograničenja za bolnice u pogledu pružanja bolničke zdravstvene zaštite i zaštite materinstva (HZZO, 2021). Na sekundarnoj razini zdravstvena zaštita obuhvaća specijalističko-konzilijarnu skrb i bolničku zdravstvenu zaštitu, dok se na tercijarnoj razini pružaju najkompleksniji oblici zdravstvene zaštite iz specijalističkih i bolničkih djelatnosti (HZZO, 2021).

U hrvatskom zdravstvenom sustavu prisutne su i privatne zdravstvene ustanove. Te ustanove često unajmljuju prostor u državnim domovima zdravlja. Privatne prakse također moraju ispunjavati određene kriterije postavljene od strane Ministarstva zdravstva, uključujući minimalan broj upisanih pacijenata i minimalni opseg pruženih zdravstvenih usluga. Stanovnici Hrvatske imaju mogućnost potražiti zdravstvene usluge kod privatnih pružatelja usluga koji nisu ugovorni partneri HZZO-a, pri čemu izravno plaćaju za te usluge ili mogu dobiti dodatno osiguranje za pokrivanje troškova. Svi rezidenti u Hrvatskoj obvezni su imati obvezno osiguranje preko HZZO-a, čak i ako ga ne žele koristiti ili se odluče na privatno osiguranje, osim ako su građani EU/EEA ili imaju stalno prebivalište sa zdravstvenim osiguranjem iz druge države članice EU/EEA. Premije zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj

ne ovise se o rezidentnom statusu, već se mogu promijeniti prema nahođenju HZZO-a (Expat in Croatia, 2023). Privatni davatelji zdravstvenih usluga, poput stomatoloških ordinacija, ljekarni, privatnih ordinacija, poliklinika, bolnica i lječilišta, pružaju usluge koje nisu obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) s njima sklapa ugovore (povremeno ili kontinuirano) kako bi osigurao kvalitetnu zdravstvenu skrb dostupnu svim osiguranicima (Kovač, 2013).

Bolnice u Hrvatskoj se kategoriziraju kao (HZZO, 2021):

- nacionalne bolnice,
- županijske bolnice regionalnog značaja,
- županijske bolnice i
- lokalne bolnice.

Govoreći o pružanju zdravstvene zaštite strancima, prije 1. srpnja 2013 ono je regulirano bilateralnim ugovorima o zdravstvenoj zaštiti s određenim europskim državama, što je građanima tih država osiguralo određene zdravstvene usluge tijekom boravka u Hrvatskoj. Nakon ulaska u Europsku uniju, bilateralni ugovori o zdravstvenoj zaštiti zamijenjeni su Uredbom 883/2004 koja koordinira sustav socijalne sigurnosti, ali bilateralni ugovori su i dalje na snazi s državama koje nisu članice EU (HZZO, 2021).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, zdravstvena djelatnost u Hrvatskoj provodi se na primarnoj, sekundarnoj, tercijarnoj razini i razini zdravstvenih zavoda. Osigurane osobe ostvaruju primarnu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na temelju slobodnog izbora liječnika ili stomatologa, obično prema mjestu prebivališta. Za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, osigurane osobe trebaju uputnicu svog izabranog ugovornog liječnika primarne zdravstvene zaštite. Za pristup bolničkim, dijagnostičkim ili polikliničkim uslugama potrebna je uputnica koja se dobiva od odabranog liječnika opće medicine koji ima ugovor s HZZO-om. Uputnica služi kao narudžba za dijagnostiku, recepte, liječničke preglede i operacije, a izdaje ju liječnik obiteljske medicine ili opće prakse. Ranije se uputnica izdavala u papirnatom obliku, a od listopada 2020. izdaje se u digitalnom obliku pod nazivom „e-uputnica“. E-uputnica se automatski šalje određenom liječniku, laboratoriju ili ustanovi za tražene usluge. Rezultati liječničkih pregleda također se automatski šalju liječniku obiteljske medicine, a pojedinci mogu pristupiti njihovim nalazima putem online aplikacije e-Građani (Expat in Croatia, 2023).

Na primarnoj razini zdravstvena zaštita uključuje sljedeće djelatnosti (HZZO, 2021):

- Opća/obiteljska medicina: Pružanje opće medicinske skrbi, dijagnostika, liječenje i praćenje pacijenata u zajednici.

- Zdravstvena zaštita predškolske djece: Pružanje zdravstvene skrbi za djecu predškolske dobi, uključujući pregled, cijepljenje i praćenje razvoja.
- Zdravstvena zaštita žena: Pružanje ginekološke skrbi, praćenje trudnoće, prenatalna skrb, kontracepcija i preventivne preglede za žene.
- Patronažna zdravstvena zaštita: Pružanje zdravstvene njege i podrške pacijentima u njihovom domu, posebno starijim osobama, invalidima i kroničnim bolesnicima.
- Zdravstvena njega u kući bolesnika: Pružanje medicinske njege i podrške bolesnicima u njihovom domu.
- Stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna): Pružanje stomatološke skrbi, dijagnostika, liječenje i preventivne usluge u području oralnog zdravlja.
- Higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita: Praćenje i kontrola zaraznih bolesti, javnozdravstvene mjere, epidemiološko istraživanje i prevencija.
- Preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata: Pružanje preventivnih programa i mjera za zdravlje djece i studenata, uključujući pregled, cijepljenje i edukaciju.
- Laboratorijska dijagnostika: Izvođenje laboratorijskih pretraga za dijagnostiku bolesti i praćenje stanja pacijenata.
- Ljekarništvo: Pružanje farmaceutskih usluga, izdavanje lijekova i savjetovanje pacijenata o njihovoj primjeni.
- Hitna medicinska pomoć: Pružanje hitne medicinske skrbi u slučajevima hitnih stanja i nesreća.

Ministarstvo zdravstva u Hrvatskoj ima ulogu upravitelja zdravstvenog sustava s opsežnim ovlastima. To uključuje upravljanje zakonodavstvom u području zdravstvene skrbi, izradu proračuna, praćenje zdravstvenog stanja i potreba, obrazovanje zdravstvenih radnika te nadgledanje procesa reforme zdravstvenog sustava u Hrvatskoj (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), 2021).

Ministarstvo zdravstva odgovorno je za nadzor zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, uključujući zdravstvenu politiku, planiranje, evaluaciju, javnozdravstvene programe i regulaciju kapitalnih ulaganja. Ministarstvo financija također ima ulogu u planiranju i upravljanju proračunom. Nadležnosti Ministarstva zdravstva RH uključuju zaštitu od zaraznih i nezaraznih bolesti, osiguranje zdravstvene ispravnosti hrane i predmeta opće uporabe, nadzor izgradnje i ulaganja u zdravstvu, osnivanje zdravstvenih ustanova i privatnih praksi, organizaciju stručnih ispita i specijalističko usavršavanje zdravstvenih djelatnika, imenovanje zdravstvenih ustanova, upravni nadzor HZZO-a, zdravstveni inspeksijski nadzor, registracija lijekova, farmaceutska inspekcija, sanitarni nadzor i drugo (Expat in Croatia, 2023).

Ministarstvo zdravstva u Hrvatskoj ima širok djelokrug rada koji obuhvaća poboljšanje, promicanje i zaštitu zdravlja građana. Odgovornosti Ministarstva uključuju (Ministarstvo zdravstva, 2023):

- Zaštitu stanovništva od zaraznih i nezaraznih bolesti, ionizirajućih i neionizirajućih zračenja te osiguranje zdravstvene ispravnosti namirnica i predmeta opće uporabe.
- Korištenje zdravstvenih potencijala, što podrazumijeva planiranje i upravljanje resursima u zdravstvu radi pružanja optimalne zdravstvene skrbi.
- Izgradnju i investiranje u zdravstvu, što uključuje planiranje i implementaciju infrastrukturnih projekata u zdravstvenom sektoru.
- Osnivanje zdravstvenih ustanova i privatne prakse, s ciljem osiguravanja adekvatne mreže zdravstvenih institucija i pružanja kvalitetnih zdravstvenih usluga.
- Organiziranje državnih i drugih stručnih ispita za zdravstvene djelatnike te provođenje programa specijalističkog usavršavanja i priznavanja naziva "primarijus" zdravstvenim stručnjacima.
- Dodjelu naziva zdravstvenim ustanovama kao što su referentni centar, klinika, klinička bolnica i klinički bolnički centar, kako bi se prepoznale institucije koje pružaju visoku razinu zdravstvene skrbi.
- Upravni nadzor nad radom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog crvenog križa i komora, radi osiguranja njihove pravilne funkcionalnosti i usklađenosti s propisima.
- Zdravstveno-inspekcijski nadzor nad radom zdravstvenih ustanova, zdravstvenih djelatnika i privatne prakse, s ciljem osiguranja kvalitete i sigurnosti pruženih zdravstvenih usluga.
- Registraciju lijekova i farmaceutsko-inspekcijski nadzor nad proizvodnjom i prometom lijekova i medicinskih proizvoda, kako bi se osigurala njihova sigurnost i kvaliteta.
- Sanitarni nadzor nad proizvodnjom, prometom, uporabom i zbrinjavanjem otrova, kako bi se osigurala sigurnost i zaštita od opasnih tvari.
- Kontrola proizvodnje, prometa i potrošnje opojnih droga, s ciljem suzbijanja zloupotrebe i nezakonitog prometa drogama.
- Sanitarni nadzor nad osobama, djelatnostima, građevinama, prostorijama, postrojenjima i uređajima koji mogu štetno utjecati na zdravlje ljudi, kao i sanitarni nadzor na državnoj granici u međunarodnom prometu.

Navedeni djelokrug rada Ministarstva zdravstva ima za cilj osigurati zaštitu i unapređenje zdravlja građana Hrvatske te osigurati pravilno funkcioniranje zdravstvenog sustava u skladu s propisima i standardima kvalitete.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je jedini osiguravatelj i glavni kupac zdravstvenih usluga u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja, te ima ključnu ulogu u ugovaranju zdravstvenih usluga (OECD, Observatory, 2021). Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) javna je ustanova u sastavu Ministarstva zdravstva, nadležna za sve vrste zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. Ima područne urede uprave diljem zemlje. HZZO obavlja razne administrativne poslove vezane uz zdravstveno osiguranje (Expat in Croatia, 2023).

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) igra ključnu ulogu u financiranju zdravstva putem obvezatnog zdravstvenog osiguranja na načelima solidarnosti i uzajamnosti. HZZO surađuje s državnom riznicom kako bi osigurao sredstva za pružene zdravstvene usluge, a osigurava glavninu zdravstvenih rizika i pokriva oko 80% ukupnih troškova zdravstvenih ustanova. HZZO ugovara nabavku zdravstvenih usluga s pružateljima tih usluga na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te određuje osnovne zdravstvene usluge koje su obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Međutim, HZZO se suočava s izazovima, kao što je sve veći omjer između osiguranika koji uplaćuju doprinose (zaposlenici) i onih koji koriste zdravstvenu zaštitu (neuplaćivači doprinosa), što iznosi gotovo 1:3 (Kovač, 2013).

Doprinosi za zdravstvo u Hrvatskoj obvezni su za zaposlene građane, a plaćaju ih njihovi poslodavci. Uzdržavane osobe zaposlenika mogu dobiti zdravstvenu zaštitu kroz doprinose koje plaćaju zaposleni članovi obitelji, pod određenim uvjetima. Osobe koje obavljaju samostalnu djelatnost sami su obvezni plaćati doprinose za zdravstveno osiguranje (Expat in Croatia, 2023).

Može se reći kako se hrvatski zdravstveni sustav temelji na principima socijalnog osiguranja, a njegovo financiranje provodi se kroz obvezatno zdravstveno osiguranje, te kako postoji potreba za racionalizacijom sustava zdravstvene zaštite i smanjenjem javnih izdataka s ciljem osiguranja održivosti i kvalitete zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. U financiranju zdravstvene zaštite sudjeluje i lokalna vlast, koja je odgovorna za održavanje zdravstvene infrastrukture te sve više sudjeluje u kapitalnim ulaganjima u zdravstvo.

3. DEFINICIJA I ANALIZA ELEMENATA FINANCIRANJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Definicija i analiza elemenata financiranja zdravstvenog sustava obuhvaćaju proučavanje načina na koji se osiguravaju sredstva za pružanje zdravstvenih usluga i kako se ta sredstva koriste. Financiranje zdravstvenog sustava obuhvaća različite komponente i aspekte koji utječu na financijsku održivost, pristup zdravstvenim uslugama, kvalitetu skrbi, financijsku zaštitu korisnika i ostale ključne faktore. Zdravstvena industrija je vodeća industrija novih tehnologija u svijetu. Zdravlje je ključan faktor kvalitete života pojedinaca i općeg razvoja društva. Stoga bi ulaganje u zdravlje trebalo biti temeljna strategija ulaganja za pojedinca i društvo. Napredak u tehnologiji omogućava sve učinkovitiju zdravstvenu skrb (dijagnostiku, terapiju, rehabilitaciju), ali isto tako povećava i troškove čak i za najbogatije zemlje svijeta (Kovač, 2017). Sustav financiranja zdravstvene zaštite ima ključnu ulogu u njenom funkcioniranju.

3.1. Financiranje zdravstvenih sustava

Kada je riječ o zdravstvenim sustavima, oni se ne uklapaju u koncizne ekonomske modele koji se fokusiraju na načela potražnje i ponude. U ekonomiji potražnje, zdravstvena skrb se tretira kao bilo koje drugo dobro, gdje potrošači imaju kontrolu nad uslugama koje kupuju i cijenom po kojoj ih kupuju. U ovom modelu kupci i dobavljači imaju jednaku moć, a dobavljači imaju ograničenu mogućnost utjecaja na potražnju pacijenata za uslugama ili određivanje cijena. Konkurencija među dobavljačima dovodi do učinkovite proizvodnje usluga uz najniže moguće prosječne troškove. U ovom sustavu pacijenti odlučuju gdje će i kada potražiti usluge, a javnost se malo brine o troškovima zdravstvenih usluga. Singapur i Južna Koreja primjeri su zemalja koje su usvojile ekonomiju potražnje za financiranje svojih zdravstvenih sustava (Kulesher, Forrestal, 2014).

S druge strane, ekonomija ponude na zdravstvenu skrb gleda kao na nužno dobro koje bi trebalo biti razumno dostupno svim građanima. Osiguranje njegove dostupnosti smatra se temeljnim ovlaštenjem i odgovornošću vlade. U ovom pristupu, središnje vlade ili javne agencije kontroliraju raspodjelu resursa i određuju stope plaćanja za pružatelje usluga, umjesto da se oslanjaju na snage slobodnog tržišta u određivanju troškova i pristupa skrbi. Bivši sustav zdravstvene zaštite Sovjetskog Saveza primjer je ekonomije ponude u pružanju i financiranju zdravstvene zaštite (Kulesher, Forrestal, 2014).

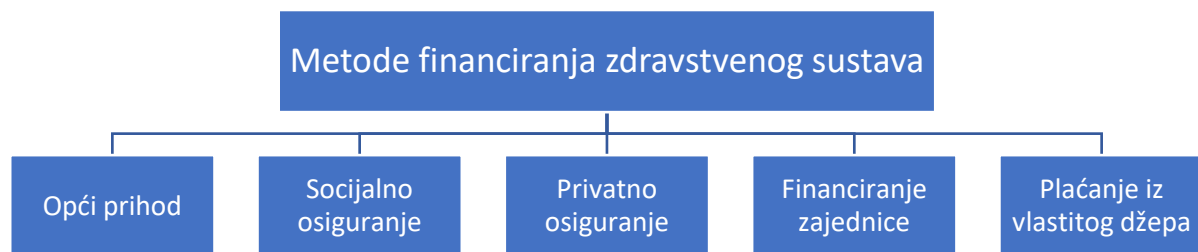
Financiranje u zdravstvu odnosi se na mobilizaciju i korištenje novca i ima značajan utjecaj na ishode kao što su zdravstveni status, zaštita od rizika i raspodjela. Četiri su ključna instrumenta unutar financiranja (Hsiao, 2003):

- metode financiranja,
- raspodjela sredstava,
- racionalizacija i
- institucionalni aranžmani.

Prema Hsiao (2003) metode financiranja zdravstvenog sustava obuhvaćaju pet kategorija, prikazanih grafičkim prikazom u nastavku.

Slika 3

Pet kategorija financiranja zdravstvenog sustava



Izvor: Hsiao, 2003

Odabir načina financiranja ovisi o raspoloživim sredstvima za zdravstvo, tko kontrolira sredstva i tko snosi financijski teret. Socijalno osiguranje, na primjer, obično ima više sredstava u usporedbi s financiranjem općih prihoda zbog namjenskih prihoda od poslodavaca i premija zaposlenika.

Sustave financiranja zdravstva treba osmisliti na način koji osigurava univerzalni pristup potrebnim zdravstvenim uslugama odgovarajuće kvalitete, uključujući prevenciju, promicanje, liječenje i rehabilitaciju, a istovremeno štiti pojedince od financijskih poteškoća. Napredak u zdravstvenim ishodima tijekom godina može se pripisati gospodarskom i društvenom razvoju zemalja, jačanju zdravstvenih sustava i korištenju tehnologije za poboljšanje zdravstvene zaštite (Pan American Health Organization).

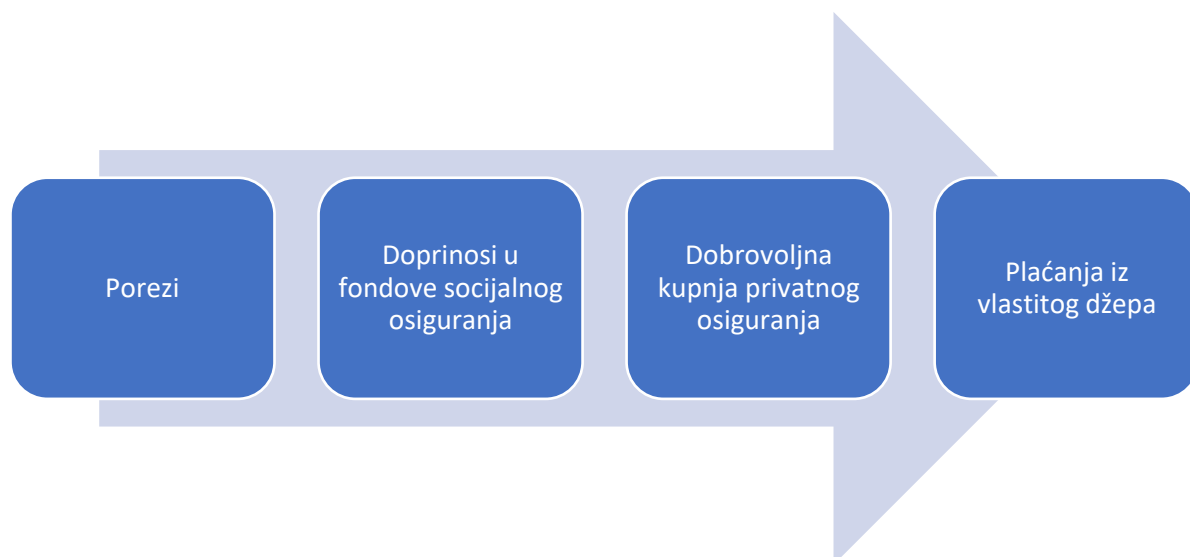
Raspodjela sredstava od strane različitih agencija utječe na sustavne rezultate na temelju njihovih ciljeva, interesnih skupina i ograničenja. Financijski teret također varira ovisno o tome financira li se zdravstvena skrb porezima ili izravnim plaćanjima iz vlastitog džepa. Raspodjela sredstava uključuje raspodjelu sredstava na prevenciju, različite zdravstvene usluge, medicinsku obuku i kapitalna ulaganja.

Ova raspodjela utječe na tehničku učinkovitost zdravstvene proizvodnje i igra ključnu ulogu u zaštiti od financijskog rizika. Na primjer, ako su određene usluge isključene iz osiguranja, pacijenti gube zaštitu od financijskog rizika i moraju snositi 100% troškova. Dostupnost i pokrivenost medicinskim uslugama utječe na pristup, korištenje, zdravstveno stanje i zadovoljstvo pacijenata. Javno financiranje medicinskog obrazovanja, izgradnje bolnica i istraživanja također utječe na količinu i vrstu medicinskih usluga koje se pružaju (Hsiao, 2003).

Općenito, zdravstveni sustavi su složeni i često nisu uredno usklađeni s tradicionalnim ekonomskim modelima, budući da uključuju kombinaciju čimbenika na strani potražnje i ponude, kao i vladinu intervenciju i regulaciju. Financiranje zdravstvene zaštite uključuje četiri glavna izvora sredstava, prikazanih grafičkim prikazom 4.

Slika 4

Četiri glavna izvora sredstava financiranja zdravstvene zaštite



Izvor: Kulesher, Forrestal, (2014)

Ti se izvori mogu klasificirati na obvezno ili socijalno osiguranje, zakonsko ili porezno osiguranje te dobrovoljno ili privatno osiguranje. Različite zemlje često koriste kombinaciju ovih sustava financiranja umjesto da se oslanjaju na jedan pristup.

Autori Kulesher i Forrestal, (2014) ističu kako su u Europi najčešće prisutne dvije glavne vrste sustava javne zdravstvene zaštite, inspirirane Beveridgeovim i Bismarckovim modelima. Nacionalni model zdravstvenog osiguranja financira se općim porezima, dok se sustavi socijalnog osiguranja oslanjaju na doprinose na plaće. Nacionalni zdravstveni sustavi prevladavaju u sjevernim, južnim i zapadnim regijama Europe, kao što su Danska, Švedska, UK, Italija, Grčka, Španjolska i Portugal. U središnjoj regiji sustavi socijalnog osiguranja su češći, uključujući Francusku, Njemačku i Austriju.

Njemačka, Francuska, Italija, Švicarska i Ujedinjeno Kraljevstvo postigle su univerzalnu pokrivenost, pri čemu središnja vlada prikuplja poreze i dodjeljuje sredstva pružateljima putem državnih ureda. Sustavi socijalnog osiguranja upravljaju financijskim resursima kroz neovisne fondove zdravstvenog osiguranja, osiguravajući da su fondovi zdravstvenog osiguranja odvojeni od opće državne kontrole i miješaju se s općim poreznim prihodima. Zdravstveni sustavi koji se pretežno financiraju iz socijalnog osiguranja obično ne postižu potpunu univerzalnu pokrivenost, budući da je sudjelovanje često povezano s doprinosima, obično kroz zapošljavanje. Većina zemalja pokriva gotovo cijelo svoje stanovništvo zakonskim osiguranjem ili kombinacijom zakonskog i privatnog osiguranja (Kulesher, Forrestal, 2014).

Sustavi zdravstvene zaštite koji se pretežno financiraju kroz zakonsko zdravstveno osiguranje pokazuju raznolikost. Njemačka, primjerice, koristi financiranje socijalnog zdravstvenog osiguranja, a privatno zdravstveno osiguranje pokriva bogatije skupine. Švedska i Ujedinjeno Kraljevstvo oslanjaju se na porezno financiranje i dopuštaju dvoslojni sustav za liječničku i bolničku skrb. Francuska kombinira financiranje poreza, fondove socijalnog zdravstvenog osiguranja i privatno osiguranje za pokrivanje participacija i drugih troškova iz vlastitog džepa (Kulesher, Forrestal, 2014).

Institucionalni aranžmani za financiranje uključuju javni monopol ili natjecanje za osiguranje i centralizaciju ili decentralizaciju javnog financiranja. Opseg konkurencije u financiranju utječe na udruživanje rizika i nepovoljan odabir. Napredna gospodarstva su otkrila da je izazovno postići pravednost i riješiti nepovoljni odabir kroz sustave dobrovoljnog osiguranja, što ih je dovelo do oslanjanja na opći prihod ili obvezno socijalno osiguranje za financiranje zdravstvene zaštite. Centralizirani ili decentralizirani financijski aranžmani utječu na odnos između plaćenih poreza ili premija i primljenih usluga te mogu utjecati na kapital i zaštitu od financijskog rizika, ističe Hsiao (2003). Naime, kako navodi Hsiao (2003), financiranje može izravno utjecati na konačne ishode ili utjecati na posredne ishode kao što su pristup i kvaliteta, što zauzvrat utječe na zdravstveni status i zadovoljstvo korisnika. Međunarodno iskustvo sugerira da je financiranje glavna determinanta razine i raspodjele dvaju ključnih konačnih ishoda: zdravstvenog stanja i zaštite od financijskog rizika.

Financiranje zdravstvene zaštite može se analizirati ispitivanjem različitih shema financiranja, a to su aranžmani putem kojih se zdravstvene usluge plaćaju i dobivaju od strane pojedinaca (OECD, 2017). Ovi programi uključuju državne programe, obvezno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje i privatne fondove kao što su plaćanja iz vlastitog džepa kućanstava, nevladinih organizacija (NVO) i privatnih korporacija. Plaćanja iz vlastitog džepa odnose se na izravne izdatke pacijenata, koji mogu uključivati dijeljenje troškova za usluge pokrivene javno definiranim paketima naknada, kao i izravne kupnje dobara i usluga (OECD, 2017).

Ove sheme financiranja trebaju generirati prihode kako bi pokrile troškove zdravstvene robe i usluga za stanovništvo koje opslužuju. Javni izvori prihoda uključuju transfere države i doprinose za socijalno osiguranje, dok se privatni izvori prihoda sastoje od premija osiguranja (za privatna dobrovoljna ili obvezna osiguranja) kao i sva druga sredstva kućanstava ili poduzeća (OECD, 2017).

Ukupni državni rashodi, kako je definirano u Sustavu nacionalnih računa, obuhvaćaju različite komponente kao što su međufazna potrošnja, naknade zaposlenima, kamate, socijalne naknade, socijalni transferi u naravi, subvencije, ostali tekući rashodi i kapitalni izdaci. Ove izdatke plaćaju središnja, regionalna i lokalna vlast, kao i fondovi socijalnog osiguranja (OECD, 2017)

Financiranje zdravstva odnosi se na proces mobilizacije, akumulacije i dodjele sredstava za zadovoljenje zdravstvenih potreba pojedinaca i stanovništva unutar zdravstvenog sustava. Ima ključnu ulogu u održavanju i poboljšanju dobrobiti ljudi. Iako je stvaranje sredstava bitan aspekt financiranja zdravstva, ono obuhvaća više od samih financijskih sredstava (WHO, 2010).

Ciljevi financiranja zdravstvenog sustava uključuju prikupljanje odgovarajućih sredstava i pružanje zaštite od financijskog rizika kako bi se osiguralo da ljudi mogu pristupiti potrebnim zdravstvenim uslugama bez suočavanja s ozbiljnim financijskim poteškoćama. Postizanje ovih ciljeva usko je povezano s učinkovitim korištenjem raspoloživih resursa. Stoga je sustav financiranja konceptualno podijeljen na tri međusobno povezane funkcije (WHO, 2010):

- prikupljanje prihoda,
- udruživanje sredstava i
- kupnja, odnosno pružanje usluga.

U mnogim se zemljama prikupljanje prihoda za financiranje zdravstva oslanja na kombinaciju domaćih i vanjskih izvora. Unatoč povećanoj vanjskoj pomoći, resursi su i dalje nedostatni u okruženjima s niskim primanjima za postizanje univerzalne pokrivenosti. Idealni pokazatelj naplate prihoda bila bi procjena iznosa i primjerenosti prikupljenih sredstava (WHO, 2010).

Zaštita od financijskog rizika ovisi o tome kako se sredstva prikupljaju i udružuju kako bi se rizik rasporedio na različite skupine stanovništva. Izravne korisničke naknade mogu biti regresivne i obeshrabriti pojedince da traže ili nastave skrb, što dovodi do financijskih poteškoća i potencijalnog osiromašenja. Pravično prikupljanje sredstava, koje obično uključuje progresivnost, i osiguravanje pristupa uslugama uz zaštitu od financijskih posljedica vrlo su važan faktor. Pokazatelji u ovom području trebali bi obuhvatiti opseg zaštite od financijskog rizika i progresivnost unaprijed plaćenih sredstava. Učinkovitost u korištenju resursa složeno je pitanje koje uključuje smanjenje rasipanja i korupcije, određivanje optimalnih intervencija s postojećim resursima, razmatranje državne ponude u odnosu na kupnju od nevladinog sektora, uspostavljanje mehanizama plaćanja za pružatelje kako bi se osigurala

kvaliteta i učinkovitost te ciljanje specifičnih usluga ili poticaja za one slabijeg imovinskog stanja. Zbog ovih višestrukih dimenzija, definiranje jedinstvenog, lako razumljivog pokazatelja učinkovitosti financiranja zdravstvenog sustava, vrlo je izazovno (WHO, 2010).

WHO (2010) ističe kako praćenje i evaluacija financiranja zdravstvenog sustava zahtijevaju sveobuhvatnu procjenu njegovih različitih komponenti i njihovih željenih rezultata, uključujući odgovarajuće financiranje, zaštitu od financijskog rizika i učinkovito korištenje resursa. Podaci o ukupnom proračunu nacionalne vlade i njegovoj raspodjeli za zdravstvo obično su javno dostupni i mogu se koristiti za procjenu koliko se vlada predano posvećuje zdravstvenoj skrbi u usporedbi s drugim prioritetima. Međutim, važno je napomenuti da planirani proračuni mogu značajno odstupati od stvarno izdvojenih sredstava i konačnih rashoda (WHO, 2010). Pregledi javnih rashoda su vrijedan izvor informacija jer ocjenjuju usklađenost državnih rashoda s planiranim proračunom i strateškim ciljevima, te ponekad procjenjuju učinkovitost resursa i sustava financijskog upravljanja.

3.2. Modeli financiranja zdravstvene zaštite

Financiranje zdravstvene skrbi temeljni je aspekt zdravstvenih sustava koji igra ključnu ulogu u unapređenju univerzalne zdravstvene pokrivenosti povećanjem dostupnosti učinkovitih usluga i pružanjem financijske zaštite. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) pristupa financiranju zdravstva usredotočujući se na tri ključne funkcije (WHO, 2023):

- Povećanje prihoda što uključuje identificiranje različitih izvora sredstava za zdravstvenu skrb, kao što su državni proračuni, obvezni ili dobrovoljni unaprijed plaćeni programi osiguranja, izravna plaćanja korisnika iz vlastitog džepa i vanjska pomoć.
- Udruživanje sredstava odnosi se na akumulaciju unaprijed plaćenih sredstava u ime dijela ili cijele populacije. Udruživanje sredstava omogućuje podjelu rizika i osigurava dostupnost financijskih sredstava za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite.
- Kupnja usluga podrazumijeva plaćanje ili dodjelu resursa pružateljima zdravstvenih usluga. Učinkovitim kupnjom usluga zdravstveni sustavi mogu osigurati dostupnost potrebne skrbi za stanovništvo.

Osim navedenog, sve zemlje imaju politike koje određuju prava stanovništva na određene zdravstvene usluge, čak i ako ta prava nisu izričito navedena od strane vlade. Kao rezultat toga, usluge koje nisu obuhvaćene ovim pravilima obično plaćaju sami pacijenti, često putem participacije. Većina zemalja koristi različite modele financiranja zdravstvenih troškova, od kojih su neki dominantni. U svijetu postoje tri glavna modela zdravstvene skrbi. Prema Kovač (2013) to su Beveridgeov model, Bismarckov model i tržišni model, a karakteristike istih sumirane su u grafičkom prikazu 5.

Tablica 1*Karakteristike modela financiranja zdravstva*

MODEL	POKRIVENOST	FINANCIRANJE	KONTROLA	STATUS
BEVERIDGEOV	Univerzalna	Porezno	Javna	Socijalna usluga
BISMARCKOV	Univerzalna	Socijalno osiguranje	Kombinirana	Socijalno pravo
TRŽIŠNI	Djelomična	Privatno osiguranje	privatna	Osigurani rizici

Izvor: Izrada autora prema Kovač, N. (2013), str. 553

Svaki od navedenih modela ima svoje karakteristike i prednosti, ali i izazove u financiranju zdravstvenih troškova. Odabir odgovarajućeg modela ovisi o specifičnim potrebama, vrijednostima i okolnostima svake zemlje.

Odabir odgovarajućeg modela zdravstvenog sustava ključan je za učinkovito korištenje resursa, bolju kvalitetu i dostupnost zdravstvene zaštite. Studije diljem svijeta usmjerene su na stvaranje i optimizaciju modela financiranja zdravstvene zaštite. Vodeće zemlje imaju za cilj proširiti pristup besplatnoj zdravstvenoj skrbi, racionalizirati izvore financiranja i učinkovito raspodijeliti sredstva. Kulesher i Forrestal, (2014) također navode kako u različitim zemljama postoje različiti modeli pružanja zdravstvene zaštite, a prema navedenim autorima mogu se kategorizirati u tri glavne vrste:

- nacionalni zdravstveni model, poznat i kao Beveridgeov model
- model socijalnog osiguranja, poznat i kao Bismarckov model, te
- model privatnog osiguranja.

3.2.1. Beveridgeov model

Kulesher i Forrestal, (2014) ovaj model također nazivaju i nacionalnim zdravstvenim modelom, a ime je dobio po Williamu Beveridgeu, koji je kao britanski ministar zdravstva, 1948. razvio koncept nacionalnog programa zdravstvenog osiguranja, naglašavajući univerzalnu pokrivenost financiranu oporezivanjem i državnim vlasništvom nad zdravstvenim uslugama. U ovom modelu središnja vlada osigurava univerzalnu pokrivenost zdravstvenom zaštitom svim građanima. Financiranje ovog modela

dolazi iz općih poreznih prihoda, a vlada je ili vlasnik ili kontrolira pružatelje zdravstvene skrbi. Vlade također reguliraju distribuciju usluga i plaćanja pružatelja usluga.

Ovaj model karakterizira sustav zdravstvene skrbi koji financira država u kojem svi građani imaju pristup zdravstvenim uslugama. Država posjeduje bolnice i medicinske ustanove, a većina liječnika smatra se državnim službenicima, te ima za cilj osigurati univerzalnu pokrivenost i zdravstvenu skrb kao temeljno ljudsko pravo. Država djeluje kao jedini platitelj, što rezultira nižim troškovima zdravstvene zaštite i eliminacijom tržišnog natjecanja. Pacijenti ne moraju plaćati troškove iz vlastitog džepa jer se zdravstvena skrb financira poreznim uplatama (Patel, 2020).

Međutim, ovaj sustav ima nedostatke. Jednak pristup za sve može dovesti do dugih lista čekanja i pretjeranog korištenja usluga, što može dovesti do povećanja troškova. U vrijeme financijske krize, smanjenje javnih prihoda može dovesti do smanjenja financiranja zdravstvenih usluga, opterećujući sustav jer broj pacijenata nastavlja rasti.

Ovaj model, koji je nastao u Velikoj Britaniji nakon Drugog svjetskog rata, temelji se na financiranju zdravstvene zaštite putem općih poreza koje plaćaju svi građani. Država određuje iznos novca koji će biti alociran za zdravstvo. Primjeri zemalja koje koriste ovaj model su skandinavske zemlje, Italija, Grčka, Portugal, Španjolska, Kanada, Velika Britanija, Irska i Island (Kovač, 2013).

3.2.2. Bismarckov model

Model socijalnog osiguranja, poznat i kao Bismarckov model, nazvan po Ottu von Bismarcku, pruskom kancelaru, nastao je kasnih 1800-ih i osiguravao je pokriće zdravstvenih troškova za radnu populaciju u slučaju nesreće, bolesti, invaliditeta i umirovljenje. Utjecao je na razvoj socijalnog zdravstvenog osiguranja u zemljama poput Italije, Francuske i Švedske. U ovom modelu pokrivenost je obvezna i financira se kombinacijom fondova poslodavca, pojedinca i privatnih osiguravajućih fondova. Vlada ili privatni subjekti kontroliraju i posjeduju čimbenike proizvodnje, a financiranje dolazi od poreza na zapošljavanje posebnim fondovima namijenjenim nacionalnom zdravstvenom programu (Kulesher i Forrestal, 2014). Primjeri zemalja koje slijede model socijalnog osiguranja su Austrija, Belgija, Francuska, Njemačka, Luksemburg i Nizozemska, Hrvatska, Švicarska.

Ovaj model, koji je prvi put uveden 1883. u Prusiji (danas Njemačka), temelji se na obveznom, univerzalnom socijalnom osiguranju. Doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju se na temelju rada, a upravljanje zdravstvenim sustavom je povjereno interesnim organizacijama. Javno zdravstvo se financira iz fonda za zdravstveno osiguranje koji dobiva sredstva od posebnog poreza plaćenog od strane radno aktivnog stanovništva (Kovač, 2013).

U Bismarckovom modelu, sustav zdravstvene skrbi se dakle financira kroz sustav osiguranja koji uključuje doprinose i poslodavaca i zaposlenika, koji se odbijaju od plaće kako bi se uspostavio fond za zdravstveno osiguranje. Cilj nije ostvarivanje dobiti, a osiguranje se odnosi na sve građane bez obzira na prethodna stanja. Za razliku od Beveridgeovog modela, Bismarckov model uključuje privatne liječnike i bolnice umjesto ustanova u državnom vlasništvu (Patel, 2020).

Zemlje koje prihvaćaju Bismarckov model također pokazuju varijacije u svojim sustavima osiguranja. Na primjer, Francuska ima jednog osiguravatelja, dok Njemačka ima konkurentne osiguravatelje, a Japan ima osiguravatelje koji se ne natječu. Ove razlike odražavaju različite pristupe provedbi Bismarckovog modela u različitim zemljama (Patel, 2020).

3.2.3. Tržišni model

Ovaj model se temelji na tržištu, privatnom osiguranju i individualnom plaćanju zdravstvenih usluga. Financiranje se ostvaruje putem premija koje pojedinci plaćaju kako bi bili osigurani za određeno razdoblje. Ovaj model može biti obvezan ili dobrovoljan. Primjer obveznog privatnog zdravstvenog osiguranja postoji samo u Nizozemskoj, gdje je reformom uveden 2006. s ciljem poboljšanja učinkovitosti i dostupnosti zdravstva na dugoročnoj razini (Kovač, 2013).

Kulesher i Forrestal, (2014) treći model nazivaju modelom privatnog osiguranja. U ovom modelu pojedinci ili poslodavci kupuju privatno zdravstveno osiguranje koje se financira iz doprinosa pojedinca i poslodavca. Isporučkom usluga i financiranjem upravljaju privatni subjekti u otvorenom tržišnom gospodarstvu. Primjeri zemalja koje slijede model privatnog osiguranja uključuju Švicarsku i Sjedinjene Države. Međutim, privatno osiguranje obično se koristi kao dodatno pokriće za pojedince koji nisu obuhvaćeni nacionalnim planom ili za posebne usluge isključene iz nacionalnog plana. Većina zemalja sa sveobuhvatnim nacionalnim zdravstvenim planovima nudi pokrivenost bez troškova na mjestu ulaska, smanjujući potrebu za privatnim osiguranjem.

Izvan Europe, osobito u Sjedinjenim Američkim Državama, postoje modeli privatnog zdravstvenog osiguranja s prednostima kao što su poticanje kvalitete i učinkovitosti te sloboda izbora za pacijente. Međutim, nedostaci takvog modela uključuju visoku razinu nepravednosti, upitnu kvalitetu i segregaciju rizika. Ovaj model je karakterističan za Sjedinjene Američke Države, gdje se primjenjuje na 73% stanovništva. Također, postoje i drugi modeli financiranja zdravstvenih troškova kao što su osobni račun medicinske štednje (prisutan u SAD-u i Singapuru) i izravno plaćanje zdravstvene zaštite (plaćanje iz "džepa" pacijenata). Svaki od ovih modela ima svoje prednosti i nedostatke te se koristi u različitim zemljama (Kovač, 2013).

Patel (2020), navodi i Model nacionalnog zdravstvenog osiguranja, koji kombinira elemente Beveridgeovog i Bismarckovog modela. Uključuje državne programe osiguranja koji prikupljaju premije ili poreze od građana, slično Beveridgeovom modelu. Međutim, pružatelji zdravstvenih usluga djeluju u privatnom sektoru, nalik na Bismarckov model. Ova vrsta univerzalnog osiguranja isplativa je jer izbjegava stvaranje profita i ne uskraćuje nikakva potraživanja, omogućujući pacijentima da odaberu svoje pružatelje zdravstvenih usluga. Troškovi se kontroliraju ograničavanjem opsega usluga i uvođenjem lista čekanja. Međutim, dugo vrijeme čekanja za određene postupke, kao što su zamjene kuka i neurokirurgije, mogu biti značajan problem u ovom modelu. Zemlje poput Kanade, Tajvana i Južne Koreje koriste ovu vrstu sustava osiguranja i suočavaju se s tim izazovima.

Model "iz džepa" kojeg također navodi Patel (2020), uobičajen je u manje razvijenim zemljama gdje nacionalni zdravstveni sustav nije izvediv. U ovom modelu od pacijenata se traži da svoje tretmane ili postupke plaćaju izravno, što rezultira nejednakim pristupom zdravstvenoj skrbi. Bogati pojedinci mogu si priuštiti potrebnu njegu, dok siromašni često ostaju bolesni ili čak mogu umrijeti zbog nedostatka financijskih sredstava. Ovaj model prevladava u ruralnim područjima Južne Amerike, Indije, Afrike i Kine.

Sjedinjene Države uključuju aspekte svih ovih modela, što rezultira fragmentiranim zdravstvenim sustavom. Na primjer, veterani u Americi primaju zdravstvenu skrb po Beveridgeovom modelu, a vlada financira njihovu skrb. Starije osobe starije od 65 godina imaju Medicare, koji je u skladu s modelom Nacionalnog zdravstvenog osiguranja. Zaposleni Amerikanci imaju osiguranje koje financiraju poslodavci i zaposlenici, slično Bismarckovom modelu. Međutim, razlike u zdravstvenoj zaštiti i dalje postoje u siromašnim četvrtima, gdje su pojedinci ili nedovoljno osigurani ili uopće nemaju osiguranje, što odražava elemente modela vlastitog džepa (Patel, 2020).

Važan element financiranja zdravstva uključuje i kupovinu odnosno plaćanje zdravstvenih usluga, koje može biti različitih oblika kao što su plaćanje po usluzi, proračunski model, plaćanje po glavarini, plaćanje po danu hospitalizacije ili prospektivno plaćanje po kliničkom slučaju. Svaki model financiranja zdravstvene zaštite ima svoje karakteristike i utjecaj na pružanje usluga te održivost sustava. Odabir modela ovisi o socioekonomskim čimbenicima, političkim odlukama i specifičnostima svake zemlje (Kovač, 2013).

3.3. Financiranje zdravstvenog sustava u RH

Financiranje zdravstvenog sustava zauzima ključno mjesto u njegovom funkcioniranju, budući da, kako ističe Kovač (2013,) nijedan zdravstveni sustav na svijetu ne može osigurati dovoljno financijskih sredstava da bi se izbjegli financijski izazovi. Nijedna država na svijetu ne može osigurati univerzalni

pristup svim prednostima koje pruža moderna medicina. Opći nedostatak financijskih resursa uz rastuće zdravstvene troškove smatra se izazovnim problemom, što vrijedi i za Hrvatsku. Hrvatski zdravstveni sustav prošao je kroz niz reformi s ciljem optimizacije pružanja zdravstvenih usluga u skladu s financijskim mogućnostima hrvatskog gospodarstva od stjecanja neovisnosti, navodi Kovač (2013).

Održavanje financijske stabilnosti zdravstvenog sustava je osnovni preduvjet svake moderno uređene države koja teži blagostanju svojih građana. Država koja teži blagostanju ima za cilj poboljšanje društvenog blagostanja i ravnomjernu raspodjelu prihoda, pri čemu se ti ciljevi ostvaruju kroz zdravstveni sustav i skrb o zdravlju. Financiranje zdravstva uglavnom se temelji na javnim sredstvima, što znači da država pretežito financira zdravstveni sustav putem izravnih proračunskih transfera ili putem obveznog zdravstvenog osiguranja. U Hrvatskoj, također, zdravstveni sustav većinom financira javni sektor, pri čemu je glavni izvor financiranja obvezno osiguranje (Šimović, Primorac, 2021).

Nedostatak financijskih resursa očituje se i u stalnom širenju ponude zdravstvenih usluga, potaknuto tehnološkim napretkom u medicini, posebno u području dijagnostike. Drugi čimbenik koji doprinosi rastu zdravstvenih troškova je povećani dohodak stanovništva, što omogućuje veću potrošnju u zdravstvu, posebno u skupim područjima poput bolničke skrbi. Treći razlog leži u sveprisutnom procesu demografskog starenja. Glavni cilj financiranja zdravstva je osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu, uspostaviti pravilne ekonomske poticaje za korištenje i pružanje zdravstvenih usluga, osigurati da korisnici imaju odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj skrbi i osigurati financiranje javnozdravstvenih usluga od općeg značaja (Kovač, 2013).

Doprinosi za zdravstveno osiguranje obvezni su za sve zaposlene građane i poslodavce. Za članove obitelji koji ovise o radno aktivnim članovima, zdravstvene usluge pokrivaju doprinosi koje plaća radno aktivni član obitelji. Samozaposleni radnici također moraju plaćati doprinose za zdravstveno osiguranje. Socijalno osjetljive skupine građana, poput umirovljenika i osoba s niskim primanjima, oslobođene su plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje te imaju osiguran pristup državnim zdravstvenim ustanovama (HZZO, 2021).

Građani Hrvatske koji nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje (oko 600.000 ljudi) moraju snositi dio troškova zdravstvene zaštite prilikom bolničkog liječenja, posjeta obiteljskom liječniku ili stomatologu. Taj dio iznosi 20% ukupne cijene zdravstvene usluge. Kod bolničkog liječenja, građani bez dopunskog osiguranja moraju sami platiti do 20% troška određene usluge, što može iznositi najviše 265 eura po jednom pregledu. Za posjet obiteljskom liječniku ili izdavanje lijeka na recept, građani bez dopunskog osiguranja plaćaju 1,32 eura participacije. Važno je napomenuti da većina osiguranika u Hrvatskoj nije obvezna plaćati participaciju jer posjeduju dopunsko zdravstveno osiguranje (HZZO, 2021).

Elementi financiranja zdravstva uključuju prikupljanje sredstava, združivanje sredstava i plaćanje za korištenje zdravstvenih usluga. Financiranje zdravstvenog sustava započinje procesom prikupljanja sredstava, koje može biti javno i privatno. Javno financiranje karakterizira društvena opredijeljenost da zdravstvena zaštita ima humane i etičke konotacije, prepoznaje se njezina važnost u moralnom i političkom smislu te se osigurava da pristup zdravstvenoj zaštiti ne ovisi o financijskoj sposobnosti pojedinca da je plati (Kovač, 2013).

Financiranje zdravstva u Hrvatskoj uglavnom se temelji na Bismarckovom modelu zdravstvenog osiguranja, pri čemu veći dio sredstava dolazi iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Manji dio financira se izravnim proračunskim transferima, koristeći Beveridgeov model. Međutim, sustav financiranja zdravstva u Hrvatskoj suočava se s očitim problemima, najvidljivijim kroz česte sanacije dugova bolnica, posebno u vezi s troškovima lijekova (Šimović, Primorac, 2021).

Država osigurava financiranje zdravstvene zaštite kupnjom zdravstvenih usluga za osobe s kojima je postignut dogovor. Većina zemalja osigurava zdravstveno pokriće za svoje cijelo ili većinsko stanovništvo putem nacionalnog zdravstvenog osiguranja. Karakteristika javnog financiranja je pravedan prijenos sredstava: od imućnijih prema manje imućnima i od zdravih prema bolesnima. Privatno financiranje zdravstvene zaštite znači da pojedinac sam plaća troškove zdravstvene zaštite putem kupovine zdravstvenog osiguranja ili direktnim plaćanjem zdravstvenih usluga (Kovač, 2013).

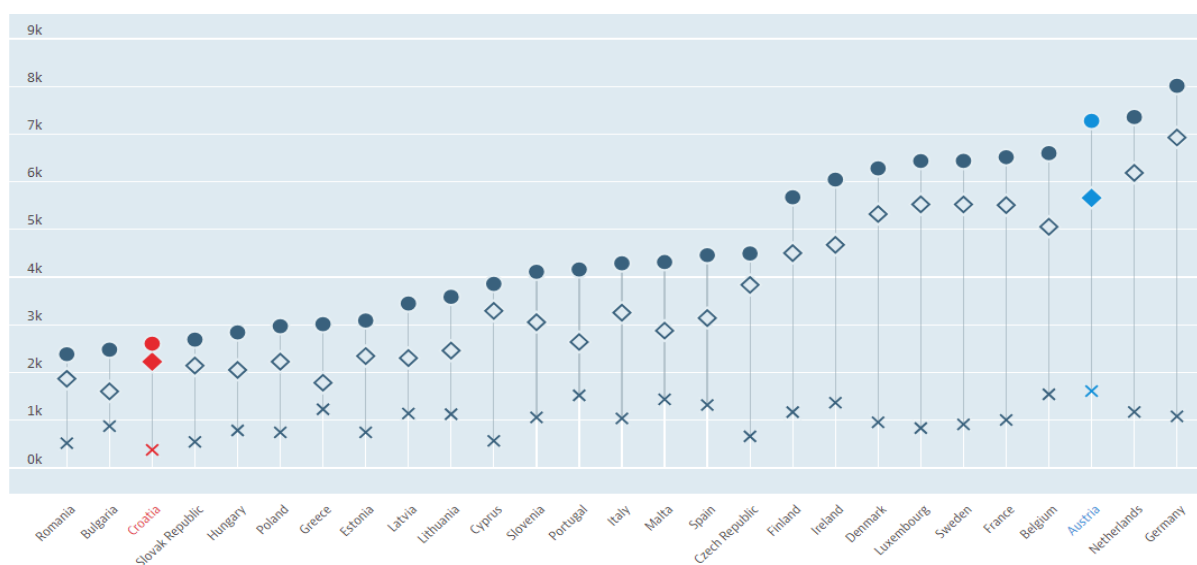
Hrvatski zdravstveni sustav temelji se na Bismarckovom modelu financiranja, što znači da se osiguranje temelji na obveznom socijalnom zdravstvenom osiguranju i solidarnosti zaposlenih koji izdvajaju sredstva za zdravstvenu zaštitu čitave populacije (Kovač, 2013). Hrvatska troši značajan dio bruto domaćeg proizvoda na zdravstvenu zaštitu, čak i više nego što ekonomska snaga hrvatskog gospodarstva može podržati. U usporedbi s drugim zemljama, većina zemalja usklađuje razinu troškova za zdravstvo s ekonomskom snagom zemlje, mjereno bruto domaćim proizvodom (BDP) po stanovniku ili kroz paritet kupovne moći (Purchasing Power Parity – PPP), ističe Kovač (2013). U usporedbi s većinom drugih zemalja Europske unije, Hrvatska ima nižu potrošnju za zdravstvo po glavi stanovnika. Unatoč tome, javni udio u ukupnim rashodima za zdravstvo u Hrvatskoj je relativno visok. U 2019. godini, javni udio je iznosio 81,9%, što je više od prosjeka zemalja Europske unije s usporedivim razinama rashoda. Javno financiranje zdravstva u Hrvatskoj premašuje prosjek Europske unije u svim područjima skrbi, posebno u dentalnoj skrbi i troškovima lijekova. To znači da veći dio troškova za zdravstvenu zaštitu snosi javni sektor, odnosno država i obvezno zdravstveno osiguranje. Stabilna razina potrošnje za zdravstvo po glavi stanovnika ukazuje na dosljednost u alokaciji proračunskih sredstava za zdravstvo tijekom posljednjih godina. Međutim, niža razina potrošnje može ukazivati na ograničene resurse za zdravstvenu zaštitu, što može utjecati na dostupnost i kvalitetu usluga. Analiza potrošnje za zdravstvo i usporedba s drugim zemljama Europske unije korisna je za razumijevanje

odnosa između financiranja i pružanja zdravstvene skrbi te može pomoći u procjeni potreba za investicijama u zdravstvo i planiranju resursa.

Zdravstvena potrošnja odnosi se na ukupan iznos novca potrošen na zdravstvenu robu i usluge, uključujući medicinske tretmane, rehabilitaciju, dugotrajnu njegu, preventivne usluge i medicinske potrepštine. Obuhvaća i individualne zdravstvene troškove i javne zdravstvene usluge. Međutim, to ne uključuje izdatke za zdravstvenu infrastrukturu ili ulaganja. Financiranje zdravstvene zaštite uključuje kombinaciju izvora, uključujući državno financiranje, obvezno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje te privatna sredstva kućanstava, nevladinih organizacija i privatnih korporacija. Ovi financijski aranžmani kategorizirani su kao "državno/obvezno" i "dobrovoljno" financiranje. Osim toga, pojedinci također mogu plaćati zdravstvene usluge iz vlastitog džepa (OECD, 2023). Ukupna potrošnja na zdravstvo prema glavi stanovnika u 2022. u Europskoj uniji, prikazana je grafikonom u nastavku.

Grafički prikaz 1

Ukupna potrošnja na zdravstvo u EU prema glavi stanovnika u 2022. godini



Izvor: OECD, 2023. Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. Dostupno na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

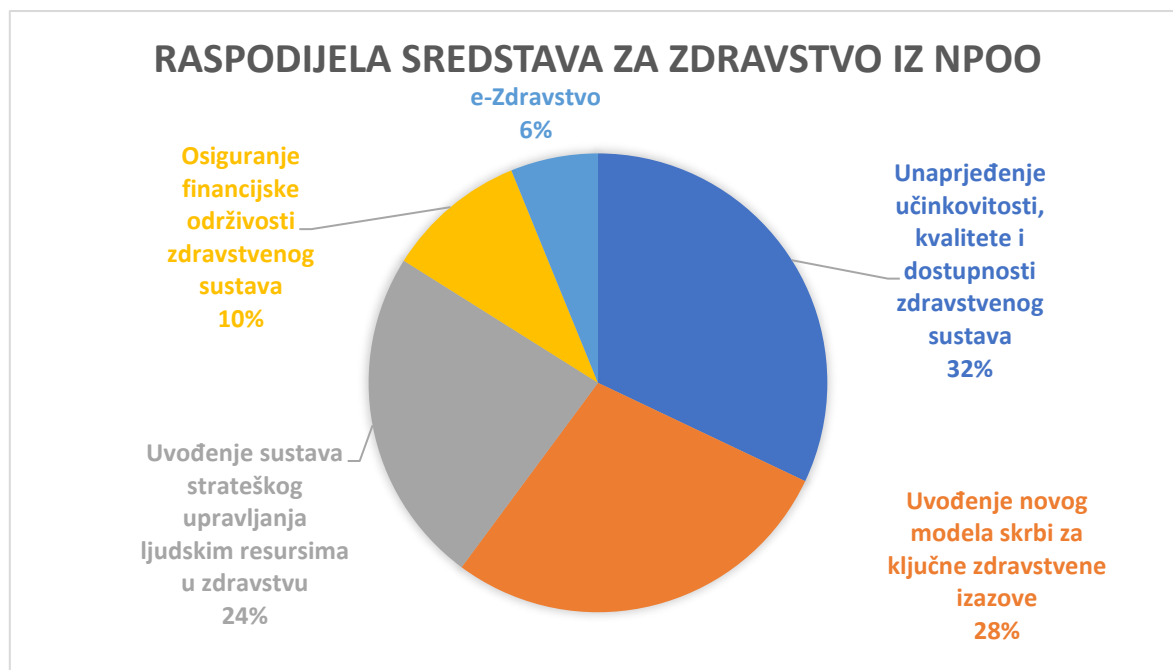
Iz priloženog grafikona, može se zaključiti kako RH među zemljama u EU koje imaju nižu potrošnju na zdravstvo po glavi stanovnika, a ona je u 2022. iznosila približno 1.981 euro, dok je za usporedbu Austrija izdvajala 5.036 eura po glavi stanovnika, a susjedna Slovenija 2. 717 eura.

Hrvatski nacionalni plan oporavka i otpornosti (NPOO) ima za cilj uložiti 353 milijuna eura u zdravstvo. Ta će se sredstva prvenstveno dodijeliti poboljšanju prevencije, dijagnostike i liječenja pacijenata oboljelih od raka, poboljšanju bolničke infrastrukture, proširenju usluga dnevne njege, osposobljavanju

medicinskih sestara i provedbi inicijativa za digitalizaciju radi poboljšanja zdravstvenih usluga, osobito u ruralnim područjima gdje kapaciteti mogu biti ograničeni (European Commission, 2022).

Grafički prikaz 2

Raspodjela sredstava za zdravstvo iz Nacionalnog plana oporavka i otpornosti



Izvor: Izrada autora prema Nacionalni plan oporavka i otpornosti, 2022

3.4. Struktura osiguranika

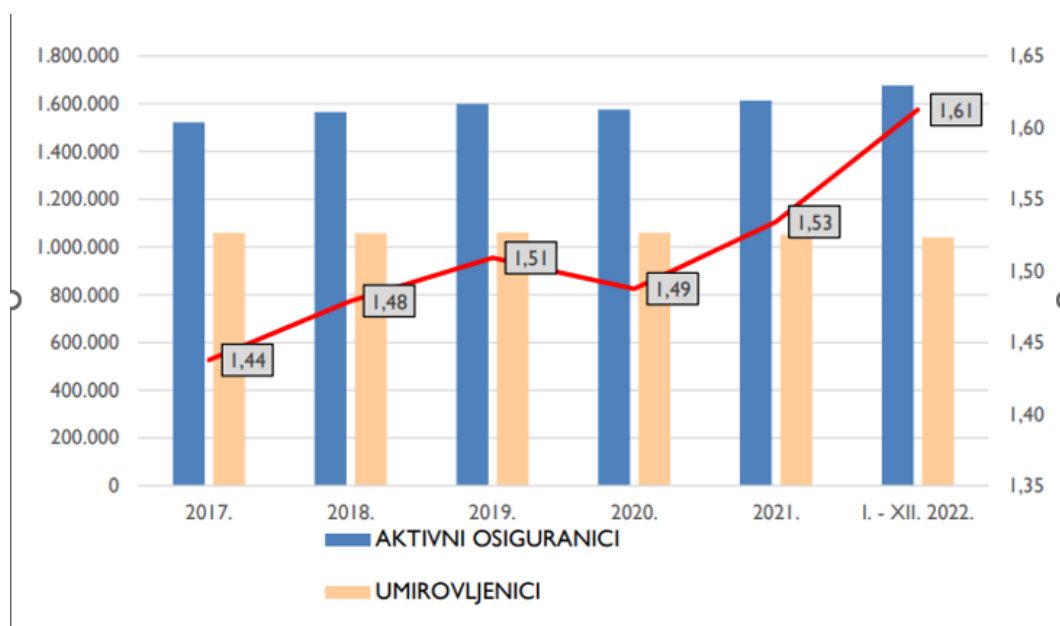
Tijekom 2022. godine u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja bilo je prosječno 4.148.849 osiguranih osoba, što je povećanje od 0,02% u odnosu na prethodnu godinu. Najviše raste broj aktivnih osiguranika, dok ostale kategorije bilježe trend smanjenja. Broj aktivnih osiguranika je porastao na 1.676.302, što je povećanje od 3,92% u odnosu na prethodnu godinu (HZZO, 2023). Ovaj porast je posljedica povećanja gospodarskih aktivnosti. Također, primijećeno je da se umirovljenici sve više uključuju na tržište rada, uglavnom na pola radnog vremena, bez gubitka prava na mirovinu. Ujedno, dolazi do zapošljavanja stranih državljana za određene poslove za koje nema dovoljno domaćih radnika. Broj poljoprivrednika, osoba starijih od 65 godina koji se bave poljoprivredom za vlastite potrebe i ne ostvaruju prihode, konstantno se smanjuje. U 2022. godini evidentirano je prosječno 7.510 poljoprivrednika manje nego prethodne godine (HZZO, 2023).

U kategoriji "ostalih" evidentirano je 1.104.967 osoba, što je 0,79% manje nego prethodne godine (HZZO, 2023). Ova kategorija obuhvaća osigurane osobe koje ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu po različitim osnovama osiguranja. U strukturi osiguranih osoba po kategorijama, udio aktivnih

osiguranika je porastao s 38,89% na 40,40%, dok su ostale kategorije smanjile udio. Ovo je pozitivan trend jer omogućava HZZO-u veće prihode od doprinosa i financiranje zdravstvene zaštite svih kategorija osiguranih osoba. Nositelji osiguranja čine većinu osiguranih osoba, s udjelom od 92,27% ili 3.828.333 osobe. Članovi obitelji čine 8,37% ili 320.516 osoba. Na jednog umirovljenika dolazi 1,61 aktivni radnik, što predstavlja poboljšanje u odnosu na prethodnu godinu. Ukupno gledajući, broj aktivnih osiguranika raste, dok broj umirovljenika i poljoprivrednika bilježi trend smanjenja (HZZO, 2023). U slijedećem grafikonu prikazan je omjer aktivnih osiguranika i umirovljenika. Omjer aktivnih osiguranika i umirovljenika važan je jer utječe na financijsku održivost sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. U sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja, doprinosi koji se uplaćuju od aktivnih osiguranika koriste se za financiranje zdravstvene zaštite svih osiguranih osoba, uključujući i umirovljenike.

Grafički prikaz 3

Omjer aktivnih osiguranika i umirovljenika



Izvor: HZZO, izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2022. godinu, str. 6

Ako omjer aktivnih osiguranika i umirovljenika postane neravnotežan, odnosno ako broj umirovljenika postane značajno veći u odnosu na broj aktivnih osiguranika, to može stvoriti financijske izazove. Umirovljenici imaju pravo na zdravstvenu zaštitu, ali ne uplaćuju doprinose u istom iznosu kao aktivni radnici. Trend smanjenja broja umirovljenika nastavlja se i u 2022. godini, s 1.039.554 umirovljenika, što je 1,12% ili 11.804 umirovljenika manje u odnosu na prethodnu godinu (HZZO, 2023). Ovo smanjenje je djelomično posljedica pandemije COVID-19 koja je posebno pogodila stariju populaciju.

3.5. Analiza poslovanja HZZO-a u periodu od 2018. do 2022. godine

Analiza poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u razdoblju od 2018. do 2022. godine pokazuje različite trendove i izazove s kojima se organizacija suočavala. U nastavku slijedi tablica u kojoj su sumirani svi veći prihodi i rashodi u zdravstvu, kao i ukupni iznosi, nakon čega će isti biti analizirani.

Tablica 2

Prihodi i rashodi HZZO-a u eurima za razdoblje od 2018. do 2022. godine

PRIHOD	2018	2019	2020	2021	2022
Prihodi od doprinosa	2.641.743.875	2.944.856.263	2.792.861.356	3.100.780.808	3.500.942.523
Prihodi iz proračuna	411.440.706	345.079.301	500.260.799	904.904.865	635.742.252
Prihodi po posebnim propisima	266.081.937	304.160.753	325.304.830	343.378.080	357.229.756
Ostalo	48.257	58.592	33.602	160.898	42.955
Ukupni prihodi i primici	3.321.821.667	3.596.623.018	3.620.271.219	4.351.482.130	4.496.341.052
RASHOD	2018	2019	2020	2021	2022
Ukupna zdravstvena zaštita	2.859.797.521	3.099.606.064	3.151.453.519	3.641.090.632	3.892.753.628
Naknade	346.726.253	365.090.754	386.408.521	420.562.017	433.347.741
Ostali rashodi poslovanja	50.594.945	55.967.045	58.191.640	56.197.892	60.169.135
Ukupno rashodi	3.257.118.721	3.520.665.017	3.596.053.681	4.119.522.774	4.420.063.273

Izvor: samostalna izrada autora prema HZZO, Izvješća o poslovanju za 2018., 2019., 2020., 2021. i 2022. godinu, dostupno na: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjescia>

Tijekom 2018. godine, HZZO je ostvario pozitivne rezultate zbog povoljnih makroekonomskih kretanja, što je rezultiralo povećanjem prihoda od doprinosa temeljenih na povećanju prosječne bruto i neto plaće te rastu broja zaposlenih. Unatoč povećanim izdvajanjima za naknade, HZZO je uspio podmiriti svoje obveze, uključujući plaćanja za lijekove na recept. Dodatno, izmjene plana u zadnjem kvartalu povećale su prihode i rashode za ukupno 80 milijuna eura, prvenstveno povećanjem prihoda od doprinosa.

U 2019. godini, također se bilježi nastavak pozitivnih makroekonomskih trendova, povećanje bruto plaća i broja zaposlenih te povećanje stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje, koji su imali pozitivan utjecaj na prihode HZZO-a. Unatoč tome, postojeći problemi u poslovanju bolničkih zdravstvenih ustanova rezultirali su dodatnim financijskim izazovima. Izmjene plana krajem godine povećale su prihode za 81 milijun euro kako bi se pokrili troškovi liječenja, roditeljskih naknada i lijekova.

Potrošnja za zdravstvo po stanovniku u Hrvatskoj je relativno niska u usporedbi s većinom drugih zemalja Europske unije. U 2019. godini iznosila je 1.392 eura po stanovniku (prilagođeno za razlike u kupovnoj moći) i bila je jedna od najnižih u EU-u. Međutim, to je djelomično posljedica relativno niskog BDP-a po stanovniku u zemlji. Troškovi za zdravstvo u 2019. činili su 7,0% BDP-a, što je ispod prosjeka EU-a od 9,9%, ali više od sedam drugih zemalja EU-a. Javni udio u ukupnim rashodima za zdravstvo u 2019. godini iznosio je 81,9%, što je više od većine zemalja s usporedivim rashodima (OECD, Observatory, 2021). Iako su izdaci za zdravstvo po stanovniku u Hrvatskoj niži u usporedbi s većinom drugih zemalja EU-a, a ostali su relativno stabilni. Međutim, javno financiranje kao postotak ukupnih rashoda iznosilo je 81,9 % u 2019., što je više nego u mnogim drugim zemljama EU-a sa sličnim razinama rashoda. Javno financiranje također čini veći udio pokrivenosti u svim područjima skrbi, posebice u stomatološkoj skrbi i farmaceutici. Projekcije pokazuju da će se rashodi za javno zdravstvo u Hrvatskoj do 2070. povećati za 0,7 postotnih bodova BDP-a (u usporedbi s 0,9 postotnih bodova za EU) (European Commission, 2022).

U 2020. godini, pandemija COVID-19 i stroge epidemiološke mjere izazvale su značajan pad prihoda od doprinosa zbog smanjene gospodarske aktivnosti. Otežani uvjeti poslovanja, potresi i povećani troškovi zdravstvene zaštite utjecali su na HZZO-ovo poslovanje. Uz dodatnu podršku proračunskih sredstava, HZZO je nastojao podmiriti obveze prema bolnicama i ljekarnama za lijekove na recepte, iako je došlo do kašnjenja u plaćanju.

Većina potrošnje za zdravstvo u Hrvatskoj usmjerena je prema bolničkoj i izvanbolničkoj skrbi te lijekovima. Gotovo 38% rashoda za zdravstvo u Hrvatskoj u 2020. godini odnosilo se na izvanbolničke usluge, koje uključuju primarnu skrb i specijalističku izvanbolničku skrb pruženu u bolničkim poliklinikama. Potrošnja za farmaceutske i medicinske proizvode u Hrvatskoj je relativno visoka u

usporedbi s mnogim drugim zemljama EU-a, iako je u apsolutnim iznosima ispod prosjeka EU-a. U 2019. godini ta je potrošnja činila 22,8% rashoda za zdravstvo (u usporedbi s prosjekom EU-a od 18,4%). Potrošnja za dugotrajnu skrb u Hrvatskoj je vrlo niska (3,1% rashoda za zdravstvo) u usporedbi s prosjekom EU-a (16,3%), što ukazuje na nedostatak razvijenosti formalne dugotrajne skrbi u zajednici. Uz pandemiju bolesti COVID-19, dodatna sredstva u iznosu od 53 milijuna eura dodijeljena su zdravstvenom sustavu Hrvatske u ožujku 2020. godine. Sredstva za bolnice osigurana su putem državnog proračuna preko HZZO-a (OECD, Observatory, 2021).

Tijekom 2021. godine, i dalje su se osjetili utjecaji pandemije COVID-19 na poslovanje HZZO-a. Pad prihoda od doprinosa u prvom kvartalu, uz povećane troškove vezane uz COVID-19, rezultirao je zaostajanjem u plaćanju dospjelih obveza za lijekove na recepte. Unatoč tome, turistička sezona i popuštanje epidemioloških mjera doveli su do poboljšanja prihoda od doprinosa, ali su i dalje postojali problemi u poslovanju bolničkih zdravstvenih ustanova.

U 2022. godini, smirivanje pandemije i gospodarski rast rezultirali su snažnim povećanjem prihoda od doprinosa. Unatoč početnim troškovima vezanim uz COVID-19, HZZO je uspio podmiriti obveze za lijekove na recepte kroz izmjene plana i dodatna proračunska sredstva. Veći broj zaposlenih i povećanje bruto plaća doprinijeli su većim prihodima od doprinosa, a vraćen je i veći dio anuiteta beskamatnog zajma dobivenog od Ministarstva financija.

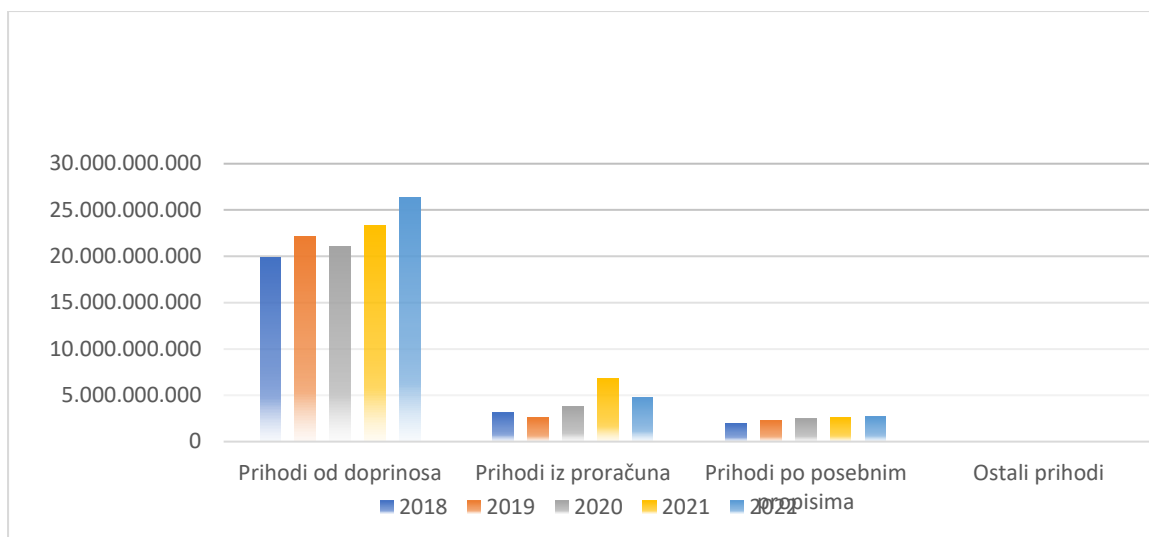
U analizi se može primijetiti da je HZZO u razdoblju 2018-2022. godine bio suočen s financijskim izazovima, posebno vezanim uz plaćanje lijekova na recepte i obveza prema bolnicama. Utjecaj pandemije COVID-19 i potresa dodatno su otežali poslovanje. Unatoč tome, povoljni makroekonomski trendovi, povećanje bruto plaća i broja zaposlenih te podrška proračunskih sredstava omogućili su HZZO-u da podmiri obveze i ostvari stabilne prihode od doprinosa.

3.5.1. Prihodi

Struktura prihoda u periodu od 2018. do 2022. godine prikazana je grafičkim prikazom u nastavku

Grafički prikaz 4

Struktura prihoda u periodu od 2018. do 2022. godine



Izvor: Izrada autora prema Financijski izvještaji HZZO 2018 - 2022

Iz priloženog grafa, može se zaključiti kako se zdravstvo najvećim dijelom financira iz doprinosa, potom slijede prihodi iz proračuna a zatim ostali prihodi. Također, iz grafa je vidljivo kako pojedini izvori prihoda variraju tijekom godina uzetih u obzir pri analizi, a što je prethodno i objašnjeno.

Govoreći o ukupnim приходima U 2018. godini, HZZO je ostvario ukupne prihode od 3.321.821.667 eura, što predstavlja povećanje od 8,27% u odnosu na prethodnu godinu. Doprinosi čine glavni izvor prihoda za HZZO. U 2018. godini, prihodi od doprinosa u 2018. bilježe povećanje od 11,47%. Povećanje doprinosa rezultat je povećanja stope doprinosa za zdravstveno osiguranje i zaštitu zdravlja te rasta prosječne bruto plaće i broja zaposlenih. U 2018. godini, prihodi od proračuna iznosili su 411.440.706 eura (HZZO, 2019), dok su u 2019. godini smanjeni na 345.079.301 eura. To predstavlja smanjenje od 16,13% (HZZO, 2020). Smanjenje prihoda od proračuna djelomično je neutralizirano povećanjem doprinosa i drugih prihoda. Prihodi po posebnim propisima su porasli za 14,31% u 2019. godini u odnosu na 2018. godinu (HZZO, 2020). U 2018. godini, prihodi po posebnim propisima iznosili su 257.189.509 eura, dok su u 2019. godini porasli na 304.160.753 eura. Povećanje je rezultat povećanja prihoda od sufinanciranja cijene usluga, premije dopunskog osiguranja, premije obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti i međunarodnih ugovora o zdravstvenom osiguranju. Ukupno gledano, prihodi HZZO-a su porasli u 2019. godini u odnosu na prethodnu godinu, iako su prihodi od proračuna smanjeni. Povećanje prihoda je uglavnom rezultat povećanja doprinosa i prihoda po posebnim propisima. To ukazuje na rast financijske stabilnosti HZZO-a i njegovu sposobnost da osigura potrebna sredstva za pružanje zdravstvene zaštite (HZZO, 2020).

U 2020. godini došlo je do značajnih promjena u strukturi ukupnih prihoda HZZO-a zbog pandemije bolesti COVID-19 i smanjenja gospodarskih aktivnosti. Glavne promjene u приходima su sljedeće. Udio prihoda od doprinosa smanjio se sa 81,88% u 2019. godini na 74,21% u 2020. godini, što je rezultat

smanjenja gospodarskih aktivnosti, posebno tijekom pojedinih mjeseci u godini, što je dovelo do smanjenja prihoda od doprinosa za zdravstveno osiguranje (HZZO, 2021). Udio prihoda od proračuna povećan je sa 9,59% u 2019. godini na 13,29% u 2020. godini, što je rezultat dodatnih sredstava dodijeljenih bolnicama radi podmirenja obveza prema ljekarnama i kao mjera pomoći gospodarstvenicima.

Ministarstvo financija odobrilo je beskamatni zajam kao kompenzacijsku mjeru, što je dovelo do povećanja prihoda od proračuna. Uslijed pandemije, HZZO je dobio beskamatni zajam od Ministarstva financija kao pomoć gospodarstvu. HZZO je počeo vraćati zajam umanjenjem prihoda od doprinosa, a do kraja godine vraćeno je 51.195.426 eura (HZZO, 2021). Preostali iznos zajma iskazan je kao prihodi od zaduživanja. Ukupni prihodi iz redovitih izvora financiranja bili su u 2020. godini veći za 0,66% u odnosu na 2019. godinu. Povećanje prihoda od proračuna doprinijelo je ovom povećanju. Ukupno gledano, prihodi HZZO-a u 2020. godini su pokazali promjene u strukturi. Dok su prihodi od doprinosa smanjeni, prihodi od proračuna i novi prihodi od zaduživanja su se povećali. Pandemija je utjecala na financijski položaj zdravstvenih ustanova, ali su dodatna sredstva i mjere koje je HZZO poduzeo pomogle održavanju stabilnosti zdravstvenog sustava (HZZO, 2021).

Ukupni prihodi HZZO-a u 2021. godini bilježe povećanje od 15,63% u odnosu na prethodnu godinu. Prihodi od doprinosa povećani su za 11,03%. Oni čine glavni oblik financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja. Ovaj rast prihoda od doprinosa rezultat je postupnog oporavka gospodarstva tijekom 2021. godine i dobrog poslovanja turističkog sektora. Prihodi od proračuna su najviše porasli i planirani su u iznosu od 366.314.951 eura, ali su kroz izmjene i dopune financijskog plana dosegli 904.904.865 eura, što predstavlja povećanje od 80,89% u odnosu na prethodnu godinu i čini 20,79% ukupnih prihoda (HZZO, 2022). Prihodi po posebnim propisima bilježe povećanje od 5,56%. Prihodi od rabata za lijekove i naknada za stavljanje na listu lijekova HZZO-a značajno su porasli za 26,03%. Ukupni prihodi poslovanja i prihodi od prodaje nefinancijske imovine veći su za 1,76% od planiranog iznosa. Može se zaključiti kako je HZZO u 2021. godini ostvario rast ukupnih prihoda, pri čemu su prihodi od doprinosa i prihodi od proračuna imali najveće povećanje. Oporavak gospodarstva i dobra turistička sezona doprinijeli su rastu prihoda od doprinosa, dok su prihodi od proračuna povećani zbog izmjena i dopuna financijskog plana. Prihodi po posebnim propisima također su porasli, dok su prihodi od imovine i prihodi od prodaje nefinancijske imovine ostvarili manje promjene (HZZO, 2022).

U 2022. godini, HZZO je ostvario ukupne prihode koji predstavljaju povećanje od 3,33 % u odnosu na prethodnu godinu. Glaviniu prihoda čine prihodi od doprinosa, koji su iznosili 77,86 % ukupnih prihoda. To predstavlja povećanje od 12,91 % u odnosu na prethodnu godinu. Prihodi od proračuna su smanjeni u 2022. godini zbog doznačenih sredstava preko HZZO-a za podmirenje obveza bolnica za lijekove i potrošni medicinski materijal. Prihodi od proračuna čine 14,14 % ukupnih prihoda (HZZO,

2023). Prihodi po posebnim propisima bilježe povećanje od 4,03 % u odnosu na prethodnu godinu. Ti prihodi ujedno čine 7,94 % ukupnih prihoda. Prihodi od doprinosa predstavljaju glavni oblik financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja i ostvareni su u iznosu koji predstavlja povećanje od 12,91 % u odnosu na prethodnu godinu. Iako su prihodi od doprinosa ostvarili značajan rast, inflacijska kretanja, potaknuta energetsom krizom, rezultirala su stopom inflacije od 10,8 %, što je potrebno uzeti u obzir pri interpretaciji rasta prihoda od doprinosa (HZZO, 2023). Tijekom 2022. godine, prosječna mjesečna bruto plaća po zaposlenom bilježi rast od 8,3 % u odnosu na isto razdoblje prethodne godine. To je rezultat povećanja gospodarskih aktivnosti i pomoći države gospodarstvenicima u očuvanju radnih mjesta. Ukupni prihodi poslovanja i prihodi od prodaje nefinancijske imovine za 2022. godinu veći su za 1,47 % više od planiranih iznosa (HZZO, 2023).

U 2023. godini, planirani primitci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prikazani su u tablici koja slijedi (Ministarstvo financija, 2022):

Tablica 3

Planirani primitci HZZO-a za 2023. godinu u eurima

Prihodi od doprinosa (EUR)	3.692.136.855
Prihodi iz proračuna	710.569.580
Prihodi od EU projekata	13.097.000 EUR
Prihodi od imovine	1.407.000 EUR
Prihodi po posebnim propisima	369.102.000 EUR
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	265.000 EUR
Ukupno planirani prihodi za 2023.	4.786.856.435 EUR

Izvor: Izrada autora prema Ministarstvo financija (2022), Obrazloženje financijskog plana Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2023. godinu i projekcije za 2024. i 2025. godinu

Očekuje se da će prihodi od doprinosa u 2023. godini porasti za 7,36% u odnosu na trenutni plan za 2022. godinu. Također, projekcije i planovi za 2023. predviđaju povećanje prihoda po posebnim propisima za 5,71% u odnosu na planirane iznose za 2022. To obuhvaća prihode od sufinanciranja cijene zdravstvene zaštite, dopunskog zdravstvenog osiguranja, inozemnog osiguranja, obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti i ostalih prihoda. Sveukupno, planirani prihodi HZZO-a za

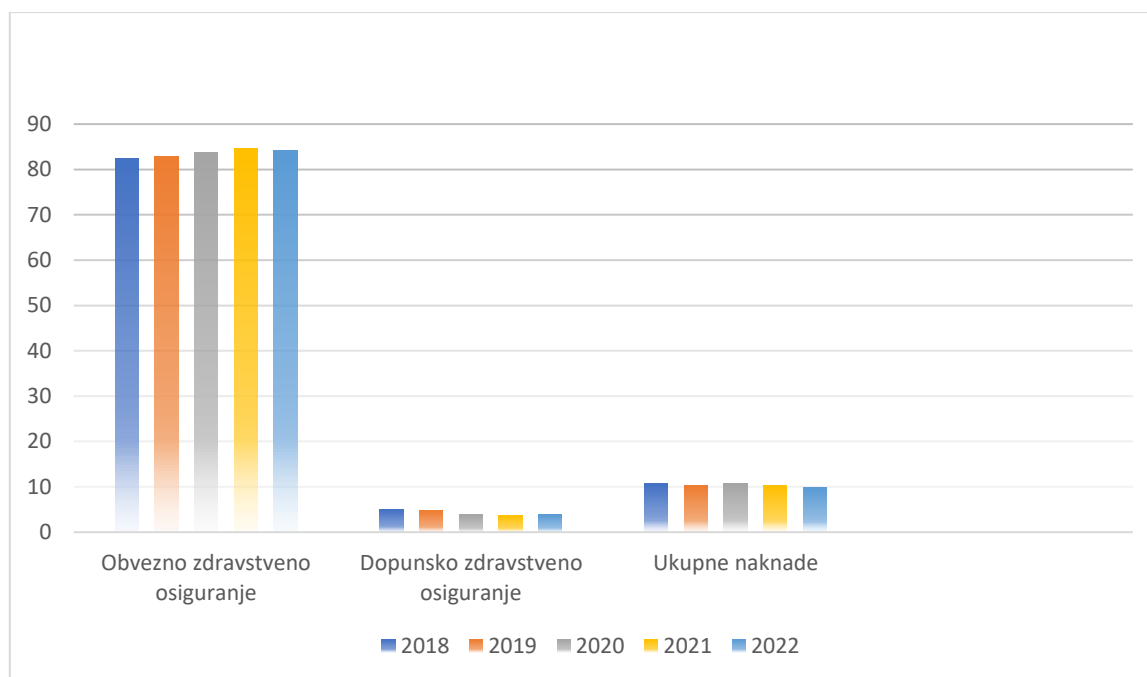
2023. godinu iznose 4.786.856.435 EUR, što predstavlja rast od 8,02% u odnosu na plan za 2022. godinu. Očekuje se da će rast prihoda od doprinosa, povećanje limita proračunskih transfera i ostali prihodi prema posebnim propisima pridonijeti tom povećanju (Ministarstvo financija, 2022).

3.5.2. Rashodi

Struktura rashoda u periodu od 2018. do 2022. godine prikazana je grafičkim prikazom u nastavku.

Grafički prikaz 5

Struktura rashoda u periodu od 2018. do 2022. godine



Izvor: Izradautora prema Financijski izvještaji HZZO 2018 - 2022

U izvještajnom razdoblju od siječnja do prosinca 2018. godine, rashodi HZZO-a bili su veći za 4,70% u odnosu na prethodnu godinu. Najveći dio rashoda, 87,80%, utrošen je za zdravstvenu zaštitu osiguranika HZZO-a, dok su naknade činile 10,65% rashoda. Svi ostali izdaci činili su 1,55% ukupnih rashoda. U sklopu ukupne zdravstvene zaštite, rashodi za zdravstvenu zaštitu obveznog zdravstvenog osiguranja bilježili su povećanje od 4,85% u odnosu na prethodnu godinu. Rashodi za zdravstvenu zaštitu u dopunskom zdravstvenom osiguranju bilježe povećanje za 1,72% u odnosu na 2017. godinu (HZZO, 2019). Ukupno isplaćene naknade u razdoblju siječanj-prosinac 2018. godine bilježe povećanje od 6,53% u odnosu na prethodnu godinu. Troškovi ugovaranja zdravstvene zaštite, isplate naknada i ostale naknade činili su 98,45% ukupnih rashoda HZZO-a. Ukupni rashodi za zaposlene su se smanjili za 1,30% u odnosu na prethodnu godinu. Rashodi za materijalne izdatke su se povećali za 13,52%, dok

su financijski rashodi smanjeni za 8,08%. Ukupni prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosili su 190.575.077 eura, dok su rashodi iznosili 172.018.648 eura, što je rezultiralo viškom prihoda od 18.556.429 eura (HZZO, 2019).

U izvještajnom razdoblju od siječnja do prosinca 2019. godine, rashodi HZZO-a bilježe povećanje od 8,09% u odnosu na prethodnu godinu. Najveći dio rashoda, 88,04%, utrošen je za zdravstvenu zaštitu osiguranika HZZO-a, dok su naknade činile 10,37% rashoda. Svi ostali izdaci činili su 1,59% ukupnih rashoda. U sklopu ukupne zdravstvene zaštite, rashodi za zdravstvenu zaštitu obveznog zdravstvenog osiguranja bilježe povećanje od 8,70% u odnosu na prethodnu godinu. Rashodi za zdravstvenu zaštitu u dopunskom zdravstvenom osiguranju povećali su se za 3,51% u odnosu na 2018. godinu (HZZO, 2020). Ukupno isplaćene naknade u 2019. godini bilježe povećanje od 5,30% u odnosu na prethodnu godinu. Troškovi ugovaranja zdravstvene zaštite, isplate naknada i ostale naknade činili su 98,41% ukupnih rashoda HZZO-a. Ukupni rashodi za zaposlene iznosili su 33.221.478 eura, povećavajući se za 5,38% u odnosu na prethodnu godinu. Rashodi za materijalne izdatke smanjeni su za 3,33%, dok su financijski rashodi smanjeni za 6,4%. Ukupni prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosili su 180.556.270 eura, dok su rashodi iznosili 178.178.037 eura, što je rezultiralo viškom prihoda od 2.378.232 eura. Sveukupno, HZZO je imao povećanje rashoda u 2019. godini, s većim troškovima za zdravstvenu zaštitu i naknade. Prihodi od dopunskog osiguranja bili su veći od rashoda, dok su prihodi od premija za dopunsko zdravstveno osiguranje povećani (HZZO, 2020).

U izvještajnom razdoblju od siječnja do prosinca 2020. godine, rashodi HZZO-a iznosili su bilježe povećanje od 2,14% u odnosu na prethodnu godinu. Najveći dio rashoda, 87,63%, utrošen je za zdravstvenu zaštitu osiguranika HZZO-a u iznosu od 3.151.453.519 eura, dok su naknade činile 10,75% rashoda. Svi ostali izdaci činili su 1,62% ukupnih rashoda. U sklopu ukupne zdravstvene zaštite, rashodi za zdravstvenu zaštitu obveznog zdravstvenog osiguranja i zaštitu zdravlja na radu iznosili su bilježe povećanje od 2,89% u odnosu na prethodnu godinu (HZZO, 2021). Rashodi za zdravstvenu zaštitu u dopunskom zdravstvenom osiguranju bilježe pak smanjenje od 19,47% u odnosu na 2019. godinu. Ukupno isplaćene naknade bilježe povećanje od 5,84% u odnosu na prethodnu godinu. Povećanje je uglavnom rezultat povećanih troškova naknada zbog izolacije i samoizolacije povezanih s bolesti COVID-19 te povećanih troškova naknada za rodiljni dopust.

Slijedom prethodno spomenutog, troškovi zdravstvene zaštite temeljem obveznog i dopunskog osiguranja, isplate naknada zbog privremene nesposobnosti za rad i ostale naknade čine 98,38% ukupnih rashoda HZZO-a u 2020. godini. U okviru ostalih rashoda, prikazuju se rashodi za zaposlene, materijalni rashodi, financijski rashodi, rashodi za nabavu nefinancijske imovine, rashodi po EU projektima i naknade štete. Ukupni rashodi za zaposlene povećani su za 10,48% u odnosu na prethodnu godinu. Rashodi za materijalne izdatke smanjeni su za 15,27%, dok su financijski rashodi povećani za

40,38% (HZZO, 2021). Prihodi po posebnim propisima temeljem uplaćenih premija za dopunsko zdravstveno osiguranje bilježe povećanje u 2020. od 6,02% u odnosu na 2019. godinu. Ovdje treba napomenuti da se cijeli iznos obračunatih premija dopunskog osiguranja ne evidentira kao prihod, već se dio tih prihoda (73.477.377 eura) doznačuje obveznom zdravstvenom osiguranju na ime sudjelovanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za osiguranike dopunskog osiguranja. Ukupni prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosili su 163.009.498 eura, dok su rashodi iznosili 145.416.952 eura, što je rezultiralo viškom prihoda od 17.592.546 eura (HZZO, 2021). Ukupna zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja bila je manja za 19,47% u odnosu na isto razdoblje prethodne godine. To je rezultat manjeg broja obavljenih zdravstvenih usluga, posebno u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, zbog epidemioloških mjera i odgađanja kontrolnih pregleda od strane pacijenata. Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. godinu ukazuje na povećanje rashoda, ali i na manje prihode od proračuna zbog smanjenih troškova zdravstvene zaštite i bolje financijske situacije. Financijski rashodi su se povećali zbog negativnih tečajnih razlika i zateznih kamata, dok su rashodi za zaposlene, materijalne izdatke i rashode za nabavu nefinancijske imovine pokazali različite trendove (HZZO, 2021).

U 2021. godini, ukupni rashodi i izdaci HZZO-a bilježe povećanje od 14,56% u odnosu na prethodnu godinu. Troškovi zdravstvene zaštite osiguranika HZZO-a činili su 88,39% rashoda, troškovi naknada činili su 10,21% rashoda, dok su svi ostali troškovi činili 1,36% ukupnih rashoda. Rashodi za zdravstvenu zaštitu iz obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja bilježe povećanje od 15,67% u odnosu na prethodnu godinu (HZZO, 2022). Rashodi za zdravstvenu zaštitu iz dopunskog zdravstvenog osiguranja također bilježe povećanje od 12,61% u odnosu na prošlu godinu. Troškovi naknada povećali su se za 8,84% u odnosu na prethodnu godinu, što je djelomično rezultat većih troškova za naknade zbog izolacije i samoizolacije povezanih s COVID-19, većih troškova za naknade zbog dugotrajnog bolovanja te povećanja troškova za naknade za rodiljni dopust. Većina rashoda HZZO-a (98,60%) odnosi se na troškove zdravstvene zaštite temeljem obveznog i dopunskog osiguranja, isplate naknada zbog privremene nesposobnosti za rad te ostalih naknada koje proizlaze iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Ostali rashodi, kao što su rashodi za zaposlene, materijalni rashodi, financijski rashodi, rashodi za nabavu nefinancijske imovine, rashodi po EU projektima i naknade štete, iznosili su 3,43% manje nego prethodne godine (HZZO, 2022). Ukupni prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja bilježe povećanje od 17,73% u odnosu na prošlu godinu. Prihodi od premija dopunskog osiguranja, prihodi od proračuna, prihodi od financijske imovine i ostali prihodi doprinijeli su povećanju prihoda. Ukupna zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja povećala se za 12,61% u odnosu na prethodnu godinu. Ukupno, HZZO je u 2021. ostvario višak prihoda u iznosu od 29.400.625 eura (HZZO, 2022).

U 2022. godini, ukupni rashodi i izdaci HZZO-a bilježe povećanje od 7,30% u odnosu na prethodnu godinu. Troškovi zdravstvene zaštite osiguranika čine najveći dio rashoda, s udjelom od 88,07%. Troškovi naknada čine 9,80% ukupnih rashoda, dok ostali troškovi i otplata zajma čine manji udio. Ukupna zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja i zaštita zdravlja na radu bilježe povećanje troškova od 6,66%, dok su troškovi zdravstvene zaštite iz dopunskog zdravstvenog osiguranja povećani za 12,54% u odnosu na prethodnu godinu (HZZO, 2023). Troškovi naknada su povećani za 3,04%, pri čemu su najveći utjecaj imali troškovi naknada za rodiljni dopust i privremenu nesposobnost za rad. Ovi troškovi čine 9,80% ukupnih rashoda. Rashodi za zaposlene čine najveći dio ostalih rashoda s udjelom od 68,28%. Materijalni rashodi su porasli za 15,06%, dok su financijski rashodi povećani za 16,57%. Ostali rashodi su također porasli u odnosu na prethodnu godinu. Prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja su smanjeni za 4,51% zbog manjeg ostvarenja prihoda od premija. Ukupni rashodi su iznosili 182.375.530 eura, što je rezultiralo viškom prihoda od 874.505 eura. Ukupno gledajući, troškovi zdravstvene zaštite, isplate naknada i otplata zajma predstavljaju glavne djelatnosti HZZO-a i čine veći udio u ukupnim rashodima (HZZO, 2023).

3.6. Razlozi deficita u zdravstvenom sustavu RH

Temeljem provedene analize poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u promatranom periodu, može se zaključiti kako je isto u primjetnom deficitu. Naime, hrvatsko zdravstvo suočava se s izazovima u održavanju financijske stabilnosti i održivosti. Deficit u hrvatskom zdravstvu može se pripisati različitim čimbenicima koji su utjecali na prihode i rashode HZZO-a, nositelja obveznog zdravstvenog osiguranja.

Jedan od ključnih razloga za deficit u hrvatskom zdravstvu jest struktura prihoda. HZZO oslanja se uglavnom na prihode od doprinosa i proračuna. Pad prihoda od doprinosa tijekom pandemije COVID-19 i gospodarske krize jasno pokazuje osjetljivost tog izvora prihoda na promjene ekonomske situacije. Gubitak radnih mjesta, smanjenje bruto plaća i općenito smanjenje gospodarske aktivnosti rezultirali su smanjenjem doprinosa, što je ozbiljno utjecalo na financijsku stabilnost zdravstvenog sustava.

Povećani troškovi zdravstvene zaštite također su doprinijeli deficitu. Troškovi liječenja, lijekova na recept i drugih medicinskih usluga su visoki i često teže predvidljivi. Pandemija COVID-19 i potresi dodatno su opteretili zdravstveni sustav, povećavajući troškove u tijeku krize. Iako je HZZO poduzeo korake kako bi podmirio obveze prema zdravstvenim ustanovama, ti izdaci i dalje utječu na ukupni financijski balans.

Nedostatna diverzifikacija prihoda također je faktor koji može doprinijeti deficitu. Prevelika ovisnost o doprinosima i proračunskim sredstvima znači da zdravstveni sustav postaje ranjiv na ekonomske promjene i druge vanjske faktore. Ovo se posebno očitovalo tijekom pandemije kada su prihodi od doprinosa drastično pali.

Smanjeni proračunski resursi također su utjecali na financijsko stanje HZZO-a. Smanjenje prihoda od proračuna tijekom gospodarske krize i restrukturiranje proračuna za hitne potrebe (kao što su potresi) dodatno su smanjili sredstva koja su mogla biti usmjerena na zdravstvo.

Kako bi se riješio deficit u hrvatskom zdravstvu, potrebno je pronaći ravnotežu između različitih izvora prihoda. Diversifikacija prihoda, poticanje ekonomske aktivnosti radi povećanja doprinosa i ulaganje u učinkovitije upravljanje resursima zdravstvenog sustava mogu biti ključni koraci prema održivom zdravstvenom financiranju. Također je važno promišljati o dugoročnom planiranju kako bi se predvidjeli potencijalni izazovi i osigurala stabilnost zdravstvenog sustava unatoč nepredvidivim događajima.

4. USPOREDBA NA PRIMJERU ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE AUSTRIJE

U ovom poglavlju dati će se pregled zdravstvenog sustava Austrije, opisana su obilježja austrijskog zdravstvenog sustava, te financiranje istog. U ovom se poglavlju istražuje struktura, organizacija i karakteristike austrijskog zdravstvenog sustava te se uspoređuju sličnosti i razlike s Hrvatskom. Cilj je pružiti uvid u ključne aspekte zdravstvenog sustava Austrije kako bi se dobila cjelovita slika o tome kako funkcionira i kako se može usporediti s Hrvatskim zdravstvenim sustavom.

4.1. Obilježja zdravstvenog sustava Republike Austrije

Austrija je poznata po visokom standardu zdravstvene zaštite i sveobuhvatnom zdravstvenom sustavu. Država pridaje važnost i preventivnoj i kurativnoj skrbi. Zdravstvene usluge u Austriji uglavnom se financiraju kroz zakonsko zdravstveno osiguranje, koje pokriva većinu stanovništva. Očekivano trajanje života u Austriji je relativno visoko, a očekivani životni vijek i muškaraca i žena je iznad prosjeka EU. Zemlja također ima nisku stopu smrtnosti dojenčadi, što ukazuje na dobru zdravstvenu skrb za novorođenčad i dojenčad. Austrija ima dobro razvijenu zdravstvenu infrastrukturu, uključujući bolnice, klinike i zdravstvene ustanove, koje su raspoređene po cijeloj zemlji. Austrija stavlja naglasak na preventivne zdravstvene mjere, uključujući programe cijepljenja, preglede i kampanje za promicanje zdravlja. Država ima snažan fokus na primarnu zdravstvenu zaštitu, sa značajnim brojem liječnika opće prakse i ustanova primarne zdravstvene zaštite dostupnih stanovništvu (OECD, Observatory, 2021).

Glavna načela austrijske zdravstvene politike imaju za cilj osigurati jednak pristup visokokvalitetnoj zdravstvenoj skrbi za sve stanovnike, bez obzira na dob, spol, podrijetlo, društveni status ili prihode. Solidarnost, pristupačnost i univerzalnost važne su vrijednosti u zdravstvenom sustavu. Austrija slijedi model socijalnog osiguranja koji se temelji na obveznom osiguranju, gdje je pristup pojedinačnim uslugama reguliran zakonom o socijalnom osiguranju. Svi osiguranici imaju zakonsko pravo na usluge koje se financiraju kroz mehanizme solidarnosti (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

Austrijski zdravstveni sustav relativno je skup u usporedbi s drugim zemljama EU-a. U 2019. izdaci za zdravstvo po stanovniku (prilagođeno kupovnoj moći) dosegli su 3.943 eura, treći najveći u EU nakon Njemačke i Nizozemske. Izdaci za zdravstvo iznosili su 10,4% BDP-a u 2019., premašivši prosjek EU-a od 9,9%. Javni izvori financirali su 75 % ukupnih izdataka za zdravstvo u 2019., ostali su stabilni tijekom proteklog desetljeća, ali ispod prosjeka EU-a od 80 %. Plaćanja iz vlastitog džepa činila su 18 % ukupne zdravstvene potrošnje u 2019., što je više od prosjeka EU-a od 15 %. Potrošnja iz vlastitog džepa

prvenstveno ide na izvanbolničku medicinsku skrb, lijekove, dugotrajnu njegu i stomatološku skrb. U 2020. dodatna javna potrošnja dodijeljena je sektorima zdravstva i dugotrajne skrbi za pokrivanje troškova povezanih s COVID-19, uključujući 60 milijuna eura za sredstva ZZZ-a (OECD, Observatory, 2021).

Austrijski zdravstveni sustav karakterizira složena struktura upravljanja. Odgovornost za upravljanje zdravstvom podijeljena je između savezne i regionalne razine. Savezna vlada regulira socijalno zdravstveno osiguranje (Social Health Insurance - SHI) i većinu aspekata pružanja zdravstvene skrbi. S druge strane, devet saveznih država (Länder) odgovorno je za reguliranje i planiranje bolničke skrbi unutar svoje jurisdikcije, uključujući provedbu, organizaciju i financiranje bolničke i izvanbolničke skrbi, kao i bolnička ulaganja. SHI fondovi i pružatelji usluga igraju ključnu ulogu u pregovaranju o kolektivnim ugovorima koji reguliraju ambulantnu skrb, rehabilitacijsku skrb i lijekove. Financiranje zdravstvene zaštite u Austriji kombinacija je doprinosa savezne razine, regionalne razine (pokrajine i općine) i fondova SHI (OECD, Observatory, 2021).

Sustav socijalnog osiguranja u Austriji funkcionira na principima solidarnosti i samoupravljanja, primarno financiran iz doprinosa za socijalno osiguranje. Glavna udruga austrijskih ustanova socijalne sigurnosti nadzire 21 fond socijalnog osiguranja u području zdravstvenog osiguranja, osiguranja od nezgode i mirovinskog osiguranja, od kojih 18 osigurava zdravstveno osiguranje. Od 2018. planira se smanjivanje broja ustanova socijalnog osiguranja spajanjem (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

Obvezno osiguranje je osnova osiguravajućeg odnosa u austrijskom zdravstvenom sustavu. Obično počinje kada se pojedinci zapošljavaju, dok se samozaposleni pojedinci i oni koji se dobrovoljno osiguravaju moraju prijaviti za učlanjenje u osiguranu zajednicu. Doprinosi u sustavu socijalnog zdravstvenog osiguranja ne ovise o zdravstvenom riziku pojedinca. Naglašena je solidarnost, osiguravajući svima, bez obzira na njihove potrebe, prihode ili radni status, pristup istim uslugama bez dodatnih troškova. Veliki broj osiguranih pojedinaca pomaže u širenju rizika (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

Sustav zdravstvene zaštite u Austriji i dalje je snažno usmjeren na bolnice, sa značajnim udjelom zdravstvene potrošnje koji se izdvaja za bolničku skrb. Nedavne reforme usmjerene su na rješavanje složenosti i rascjepkanosti unutar zdravstvenog sustava, uključujući napore za jačanje usluga primarne zdravstvene zaštite. Dok je gotovo 100% stanovništva pokriveno fondom socijalnog zdravstvenog osiguranja, naknade još nisu u potpunosti standardizirane u svim fondovima. U 2019. Austrija je imala drugi najveći broj liječnika po glavi stanovnika u EU. Međutim, udio liječnika opće prakse u Austriji jedan je od najnižih u zemljama EU. Sve starija liječnička radna snaga značajan je izazov jer je prosječna

dob liječnika iznad 50 godina. Predviđa se da će 60% ugovorenih liječnika opće prakse do 2025. doći u dob za mirovinu (OECD, Observatory, 2021).

Druge ključne zdravstvene statistike u Austriji (2017):

- Izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u iznose 10,4%
- 74,0% tekućih rashoda za zdravstvo su izdaci za javno zdravstvo
- Trenutni izdaci za zdravstvenu skrb po stanovniku: 4373 eura (trenutne cijene) (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

U Austriji se pojedinci obično dodjeljuju određenoj ustanovi zdravstvenog osiguranja na temelju njihove skupine zanimanja, mjesta rada ili mjesta stanovanja. Iako postoji ograničen izbor u odabiru osiguravajuće ustanove, postoje iznimke za pojedince s više poslova ili slobodne radnike koji mogu imati mogućnost izbora između ustanova socijalnog osiguranja ili privatnog osiguranja (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

Austrijski zdravstveni sustav nudi širok raspon usluga, a pojedinci općenito imaju slobodan izbor liječnika, uz iznimke koje zahtijevaju pristanak ustanove za zdravstveno osiguranje. Zdravstveni sustav u Austriji uključuje različite aktere s različitih razina vlasti i samouprave, uključujući saveznu vladu, pokrajine, okruge, lokalne vlasti i fondove socijalnog osiguranja. Odgovornost za zakonodavstvo i provedbu leži na saveznoj vladi, dok fondovi socijalnog osiguranja provode sustav zdravstvenog osiguranja. Provincije su odgovorne za bolnice i osiguravaju njihovu dostupnost (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

Federalno ministarstvo za rad, socijalna pitanja, zdravstvo i zaštitu potrošača nadzire opću zdravstvenu politiku, regulaciju zdravstvene profesije i zakone koji se odnose na fondove zdravstvenog i socijalnog osiguranja. Provincije imaju regionalne odgovornosti, uključujući rad bolnica, pretkliničku hitnu skrb i pružanje socijalnih usluga. Složene strukture odlučivanja i sustavi financiranja zahtijevaju koordinaciju između različitih aktera uključenih u sustav zdravstvene skrbi, uključujući pružatelje zdravstvenih usluga, interesne skupine, organizacije pacijenata te tijela za istraživanje i planiranje (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

Uspostavljena je suradnja između savezne vlade, pokrajina i fondova socijalnog osiguranja radi poboljšanja koordinacije i zajedničkog djelovanja u upravljanju, planiranju i financiranju zdravstvenog sustava. Ta se suradnja temelji na obvezujućim sporazumima, često sklopljenima kroz državne ugovore, kojima se utvrđuju strateški i operativni ciljevi i mjere na saveznoj i pokrajinskoj razini. Redovito praćenje osigurava postizanje ovih ciljeva (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

4.2. Financiranje zdravstvenog sustava Republike Austrije

Sustav zdravstvene skrbi u Austriji financira se kombinacijom doprinosa za socijalno osiguranje koji ovise o prihodu, novca poreznih obveznika i privatnih participacija. Ovo solidarno financiranje osigurava pravičan pristup zdravstvenim uslugama za sve pojedince, bez obzira na dob, spol ili podrijetlo. Prilikom korištenja određenih usluga potrebna je individualna participacija. Ove participacije mogu biti u fiksnim iznosima ili postocima, ovisno o vrsti usluge. Pacijenti su odgovorni za troškove usluga koje ne pokrivaju fondovi socijalnog osiguranja, kao što su lijekovi bez recepta, bolnički boravak ili određeni stomatološki tretmani (OECD, Observatory, 2021).

Kako bi se osigurao socijalno uravnotežen pristup zdravstvenim uslugama, osobe ispod određene razine prihoda oslobođene su naknade za recepte i naknade za bolnički boravak. Izuzeća su također predviđena za pojedince u posebnim okolnostima, kao što su zarazne bolesti koje se moraju prijaviti ili alternativna civilna služba. Osim toga, postoje godišnja ograničenja participacije, a određene usluge poput zubnog aparata za djecu pokrivaju fondovi zdravstvenog osiguranja. Financiranje bolnica dolazi iz različitih izvora, uključujući nacionalne i regionalne poreze, paušalne doprinose iz fondova socijalnog osiguranja i participacije pacijenata. Fondovi socijalnog osiguranja, pokrajine i savezna vlada glavni su izvori financiranja bolnica. Financiranjem upravlja Savezna zdravstvena agencija i pokrajinski zdravstveni fondovi (OECD, Observatory, 2021).

Ukupni izdaci za zdravstvo u Austriji iznose oko 11,2% bruto domaćeg proizvoda (BDP). Oko 74% trenutnih izdataka za zdravstvo pokriveno je javnim financiranjem, što uključuje fondove socijalnog osiguranja, saveznu vladu, pokrajine i lokalne vlasti. Preostalih 26% su privatni izdaci za zdravstvo, uključujući potrošnju kućanstava, privatnih osiguravajućih društava, neprofitnih organizacija i liječnika medicine rada. Govoreći o rashodima za zdravstvo, trošenje Austrije je relativno visoko u usporedbi s prosjekom EU. Vlada znatan dio svog proračuna izdvaja za zdravstvo, osiguravajući dostupnost usluga. Osim toga, Austrija ima velik broj zdravstvenih radnika po glavi stanovnika, uključujući liječnike, medicinske sestre i druge zdravstvene radnike (OECD, Observatory, 2021). Govoreći o broju stanovnika, važno je napomenuti kako Austrija 2023. broji 9.120,091 stanovnika, od čega je zaposlenih 4.420,300 (Statistics Austrija, 2023). U nastavku slijedi tablica s prikazom javnih i privatnih izdataka za zdravstvo.

Tablica 4*Izdaci za zdravstvo Austrije u periodu od 2020. do 2022. godine*

Javni i privatni izdaci za zdravstvo	2020	2021	2022
Javni tekući izdaci za zdravstvo, % tekućih izdataka za zdravstvo	76, 8%	78, 3%	77, 8%
Privatni tekući izdaci za zdravstvo, % tekućih izdataka za zdravstvo	23, 2%	21, 7%	22, 2%
Izdaci za zdravstvo (ukupno), % BDP-a	12, 1%	12, 8%	12%
Tekući izdaci za zdravstvo, % BDP-a	11, 4%	12, 1%	11, 4%
Javni tekući izdaci za zdravstvo, % BDP-a	8, 7%	9, 5%	8, 9%
Privatni tekući izdaci za zdravstvo, % BDP-a	2, 6%	2, 6%	2, 5%
Bruto domaći proizvod (BDP), u milijunima €	381042.5	406148.7	446933.3

Izvor: Izrada autora prema Statistics Austria, 2023. Health expenditure

Analizom navedenih podataka može se uočiti kako su u Republici Austriji javni tekući izdaci za zdravstvo relativno stabilni i iznose tijekom tri promatrane godine, što ukazuje na dominantnu ulogu javnog sektora u financiranju zdravstva. Privatni tekući izdaci za zdravstvo kao udio u tekućim izdacima za zdravstvo su također relativno stabilni, te podaci pokazuju da privatni sektor također ima značajnu ulogu u financiranju zdravstva, iako manju u usporedbi s javnim sektorom. Izdaci za zdravstvo kao udio u bruto domaćem proizvodu (BDP-u) iznose 12,1%, 12,8% i 12% tijekom promatranih godina. Ovi podaci prikazuju koliko se društvenih resursa troši na zdravstvo u odnosu na ukupnu gospodarsku aktivnost. Iako se može primijetiti neznatan pad u udjelu izdataka za zdravstvo u odnosu na BDP, razina ostaje prilično stabilna. Tekući izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u također ostaju relativno stabilni, što ukazuje na kontinuiranu potrošnju za zdravstvene usluge tijekom promatranih godina, bez značajnih fluktuacija. Javni tekući izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u pokazuju koliko javni i privatni sektor doprinose ukupnoj potrošnji za zdravstvo u odnosu na ukupnu gospodarsku aktivnost. Izdaci za zdravstvo u 2022. godini prikazani su tablicom u nastavku.

Tablica 5*Izdaci za zdravstvo 2022.*

Tekući izdaci za zdravstvo 2022. u milijunima eura	50 814	+ 3,4% u odnosu na 2021.
Tekući izdaci za zdravstvo u % BDP-a 2022.	11,4 %	-0,7% u odnosu na 2021.

Javni udio tekućih izdataka za zdravstvo 2022.	77,8 %	-0,5% u odnosu na 2021.
--	--------	-------------------------

Izvor: Izrada autora prema Statistics Austria, 2023. Health expenditure

Sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja, s proračunom od oko 17 milijardi eura, financira oko 44,3% svih tekućih izdataka za zdravstvo. Bolnička skrb čini najveći udio u tekućim izdacima za zdravstvo, a slijede izvanbolnički sektor, lijekovi te usluge skrbi i njege. Austrija se, kao i mnoge druge industrijalizirane zemlje, suočava s rastućim izdacima za zdravstvo. Poduzete su mjere za prilagodbu rashoda za javno zdravstvo predviđanjima BDP-a i osiguranje dugoročnog financiranja zdravstvenog sustava.

Tablica 6

Javni tekući izdaci za zdravstvo u Austriji prema Sustavu zdravstvenih računa (SHA), 2005. - 2021., izraženi u milijunima eura

Javni tekući izdaci za zdravstvo, u milijunima eura	2020	2021
Usluge bolničke skrbi	14 949	15 288
Usluge izvanbolničke skrbi	8 803	9 666
Njega: Kućna njega	2 519	2 542
Prijevoz bolesnika i hitno spašavanje	464	453
Farmaceutski proizvodi, trajna i netrajna medicinska roba	4 344	4 710
Prevenција i javnozdravstvene usluge	1 273	4 836
Zdravstvena administracija i osiguranje: Opća država	976	993
Javni tekući izdaci za zdravstvo, ukupno	33 329	38 488

Izvor: Izrada autora prema Austria Statistics, 2023

Prema navedenim podacima može se uvidjeti kako su izdaci usluga bolničke skrbi porasli u 2021. u odnosu na 2020., što ukazuje na kontinuirano ulaganje u bolničku skrb. Izdaci za usluge izvanbolničke skrbi su povećani, kao i izdaci za kućnu njegu. Izdaci za prijevoz bolesnika i hitno spašavanje su blago smanjeni, dok su izdaci za farmaceutske proizvode i medicinsku robu porasli. Izdaci za prevenciju i javnozdravstvene usluge su značajno povećani, što ukazuje na veću važnost prevencije i promocije zdravlja u austrijskom zdravstvenom sustavu. Izdaci za zdravstvenu administraciju i osiguranje: Opća država su se malo povećali. Ukupni javni tekući izdaci za zdravstvo porasli su, što pokazuje povećanje ulaganja u zdravstveni sustav Austrije tijekom razdoblja analize.

Ove brojke ujedno ukazuju na kontinuirano ulaganje i rast javnih izdataka za zdravstvo u Austriji, posebno u područjima kao što su izvanbolnička skrb, farmaceutske proizvodi i prevencija, što također može ukazivati na prioritete austrijskog zdravstvenog sustava i nastojanja da se osigura kvalitetna zdravstvena skrb za građane. Zdravstveni sektor također ima značajnu ulogu u gospodarstvu, pridonoseći brojkama proizvodnje i zapošljavanju. Zdravstvena ekonomija, uključujući sustav zdravstvene skrbi i druga dobra povezana sa zdravljem, čini značajan udio u nacionalnom gospodarstvu i mogućnostima zapošljavanja (Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection, 2019).

4.3. Usporedba zdravstvenih sustava dviju zemalja

Na samome početku u tablici koja slijedi biti će navedeni općeniti podaci potrebni za daljnju usporedbu ovih dviju država. Naime, kada se usporede podaci i dovedu u korelaciju, može se dobiti bolji uvid u razlike i sličnosti između zdravstvenih sustava Austrije i Hrvatske te njihovog konteksta u populaciji i ekonomiji.

Tablica 7

Opći podaci relevantni za zdravstveni sustav obje zemalje

	Austrija	Hrvatska
Populacija	8,956,000	3,879,000
Životni vijek muškaraca	79	73
Životni vijek žena	84	80
Prosječna starost stanovništva	44.5	43.9
Stopa nataliteta	9,60	9,40
Stopa smrtnosti	10,30	16,20
Stopa nezaposlenosti	4,7%	6,8%
Stopa inflacije	8,55%	10,78%
Bruto domaći proizvod (BDP) total u eurima	427.112.094,00	61.212.642,60
Bruto nacionalni proizvod (BNP)	420.100.257,10	61.105. 944,60

Bolnički kreveti na 1000 stanovnika	7.27	5.54
Broj liječnika na 1000 stanovnika	5.14	3.00
Izdaci za zdravstvo u 2022. godini	50,81 milijardi eura ili 11,4% BDP-a	4.420.356.614

Izvor: Obrada autora prema World Data Info

Austrija ima veću populaciju od Hrvatske, što može utjecati na pritisak i opterećenje zdravstvenog sustava. Veća populacija može zahtijevati više resursa i veću potrošnju za pružanje adekvatne zdravstvene skrbi. No također, i veće prihode za zdravstvo. Prosječni životni vijek muškaraca i žena u Austriji je duži u usporedbi s Hrvatskom. Navedeno može ukazivati na bolje zdravstvene uvjete, pristup kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi i prevenciji bolesti u Austriji. Obje populacije stanovnika imaju relativno sličnu prosječnu starost, s malom razlikom u korist Austrije. Starenje stanovništva može postaviti izazove za zdravstveni sustav, posebno u pogledu pružanja dugotrajne i gerijatrijske skrbi. Natalitet i smrtnost su relativno slični u obje zemlje, s malom razlikom.

Ovi podaci mogu ukazivati na slične demografske trendove i potrebu za pružanjem adekvatne zdravstvene skrbi novorođenčadi i starijim populacijskim skupinama. Stopa nezaposlenosti i inflacija mogu utjecati na pristup zdravstvenoj skrbi i sposobnost financiranja zdravstvenog sustava. Niža stopa nezaposlenosti može značiti veću financijsku stabilnost za stanovnike i mogućnost doprinosa zdravstvenom osiguranju. Stopa inflacije može utjecati na cijene zdravstvenih usluga i opreme. Austrija ima značajno veći BDP i BNP u usporedbi s Hrvatskom. Veći ekonomski resursi mogu pružiti veću mogućnost za ulaganje u zdravstvenu infrastrukturu, tehnologiju i kvalitetnu skrb. Austrija ima veći broj bolničkih kreveta i liječnika na 1000 stanovnika u usporedbi s Hrvatskom. To može ukazivati na veću dostupnost zdravstvene skrbi i kapacitete za liječenje u Austriji.

Govoreći o ukupnim troškovima zdravstvenog sustava, Austrija ima višu potrošnju za zdravstvo po glavi stanovnika u usporedbi s Hrvatskom. Također, udio troškova zdravstva u BDP-u je veći u Austriji. U Austriji, zdravstvo se uglavnom financira putem obveznog zdravstvenog osiguranja koje je obavezno za sve građane. Osim toga, postoji i dopunsko privatno osiguranje. U Hrvatskoj, zdravstvo se također financira putem obveznog zdravstvenog osiguranja, ali i kroz izravna plaćanja i privatno osiguranje.

Austrija ima dobru pokrivenost zdravstvenom zaštitom i općenito dobru dostupnost usluga, uključujući bolničku i izvanbolničku skrb. Hrvatska također ima širok spektar zdravstvenih usluga, ali može se suočiti s izazovima u dostupnosti, posebno u ruralnim područjima. Austrija je poznata po visokoj kvaliteti zdravstvene skrbi, s dobro obučanim medicinskim osobljem i suvremenom medicinskom

tehnologijom. Hrvatska također pruža kvalitetnu zdravstvenu skrb, ali može biti suočena s izazovima u infrastrukturi i resursima. Austrija ima sustav univerzalnog zdravstvenog osiguranja s većom ulogom obveznog osiguranja. Hrvatska također ima obvezno zdravstveno osiguranje, ali se suočava s izazovima u organizaciji sustava i integraciji primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Oba sustava imaju visoke standarde zadovoljenja potreba pacijenata, ali se može pretpostaviti da je zadovoljstvo korisnika u Austriji nešto više zbog općenito veće kvalitete usluga i dostupnosti.

5. ZAKLJUČAK

Financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj je kompleksan proces koji uključuje kombinaciju javnih sredstava, doprinosa osiguranika i privatnih izravnih i neizravnih participacija. Sustav se temelji na principima solidarnosti i pristupačnosti, osiguravajući jednak pristup zdravstvenim uslugama za sve građane bez obzira na socioekonomski status.

Javna sredstva, koja obuhvaćaju proračunska izdvajanja, doprinose osiguranika i prihode iz drugih izvora, čine temeljni izvor financiranja. Nacionalno zdravstveno osiguranje, koje je obavezno za sve građane, osigurava temeljnu pokrivenost zdravstvenim uslugama. Pored javnih sredstava, postoje i privatne participacije u obliku izravnih plaćanja i dopunskog zdravstvenog osiguranja. Izravna plaćanja uključuju participacije za određene usluge ili lijekove koje osiguranici moraju platiti iz vlastitog džepa. Dopunsko zdravstveno osiguranje omogućuje građanima dodatnu pokrivenost i veći pristup određenim uslugama.

Financijski izazovi u hrvatskom zdravstvu, vidljivi kroz deficit HZZO-a, rezultat su kompleksne interakcije različitih faktora. Ovisnost o prihodima od doprinosa, utjecaj pandemije COVID-19, povećani troškovi zdravstvene skrbi te nedovoljna diverzifikacija prihoda doprinose problemu deficita. Stabilizacija financijskog stanja zahtijeva pristup koji uključuje promišljeno planiranje, jačanje gospodarske aktivnosti, optimizaciju resursa i inovativne financijske strategije. Održivo zdravstveno financiranje ključno je za osiguranje kvalitetne zdravstvene zaštite za građane Hrvatske.

Kako bi se osigurala financijska održivost zdravstvenog sustava i poboljšala kvaliteta usluga, ključno je kontinuirano praćenje i analiza financijskih pokazatelja te primjena učinkovitih upravljačkih strategija. Također je važno nastaviti ulagati u prevenciju bolesti, edukaciju građana o zdravlju te poboljšanje upravljanja zdravstvenim resursima. Uz izazove u financiranju, potrebno je kontinuirano raditi na unapređenju transparentnosti, pravednosti i učinkovitosti sustava. Ključno je da se osiguraju odgovarajuća sredstva za zdravstvene potrebe građana te da se pronađu održiva rješenja koja će osigurati kvalitetnu zdravstvenu skrb za sve.

Zdravstveni sustavi igraju ključnu ulogu u osiguravanju kvalitetne zdravstvene zaštite i dobrobiti stanovništva. Usporedba zdravstvenih sustava dviju zemalja, poput Austrije i Hrvatske, može pružiti uvid u njihove razlike i sličnosti te pomoći u razumijevanju prednosti i izazova svakog sustava.

Prvo, ukupni troškovi zdravstvenog sustava su bitan pokazatelj njegove financijske održivosti i resursa koji se ulažu u zdravstvenu zaštitu. U tom pogledu, Austrija se ističe s višom potrošnjom za zdravstvo po glavi stanovnika u usporedbi s Hrvatskom. Također, udio troškova zdravstva u BDP-u je također veći u Austriji, što sugerira veća ulaganja u zdravstveni sustav.

Izvori financiranja zdravstva igraju ključnu ulogu u održavanju zdravstvenog sustava. U Austriji, zdravstvo se uglavnom financira putem obveznog zdravstvenog osiguranja koje je obavezno za sve građane. Osim toga, postoji i dopunsko privatno osiguranje koje pruža dodatne mogućnosti pokrivanja troškova zdravstvene zaštite. U Hrvatskoj, zdravstvo se također financira putem obveznog zdravstvenog osiguranja, ali i kroz izravna plaćanja i privatno osiguranje. Ova razlika u izvorima financiranja može utjecati na dostupnost i kvalitetu zdravstvene skrbi.

Dostupnost i pokrivenost zdravstvenom zaštitom su ključni aspekti zdravstvenih sustava. Austrija ima dobru pokrivenost zdravstvenom zaštitom i općenito dobru dostupnost usluga, uključujući bolničku i izvanbolničku skrb. Hrvatska također pruža širok spektar zdravstvenih usluga, ali može se suočiti s izazovima u dostupnosti, posebno u ruralnim područjima. Infrastrukturni resursi i broj medicinskog osoblja mogu igrati važnu ulogu u osiguravanju pravovremene i kvalitetne zdravstvene skrbi.

Kvaliteta zdravstvene skrbi je bitan aspekt zdravstvenih sustava. Austrija je poznata po visokoj kvaliteti zdravstvene skrbi, s dobro obučanim medicinskim osobljem i suvremenom medicinskom tehnologijom. Hrvatska također pruža kvalitetnu zdravstvenu skrb, ali može biti suočena s izazovima u infrastrukturi i resursima. Kontinuirano poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi ključno je za osiguranje najboljih ishoda za pacijente.

Organizacija zdravstvenog sustava igra ključnu ulogu u pružanju zdravstvene skrbi. Austrija ima sustav univerzalnog zdravstvenog osiguranja s većom ulogom obveznog osiguranja. Hrvatska također ima obvezno zdravstveno osiguranje, ali se suočava s izazovima u organizaciji sustava i integraciji primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Učinkovito upravljanje zdravstvenim sustavom ključno je za osiguravanje pravedne i učinkovite zdravstvene zaštite.

U zaključku, zdravstveni sustavi Austrije i Hrvatske imaju svoje prednosti i izazove. Austrija se ističe s višim troškovima zdravstva i većim udjelom u BDP-u, boljom dostupnošću i kvalitetom zdravstvene skrbi. Hrvatska se suočava s izazovima u dostupnosti i organizaciji sustava, ali pruža kvalitetnu zdravstvenu skrb. Razumijevanje ovih razlika može pomoći u identifikaciji područja za poboljšanje i razmjenu najboljih praksi između zdravstvenih sustava različitih zemalja.

SAŽETAK

Ovo istraživanje se temelji na cilju analize funkcioniranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, s posebnim fokusom na aspekt financiranja, te njegovoj usporedbi sa zdravstvenim sustavom Republike Austrije. Kroz definiranje i objašnjenje strukture te elemenata financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, istraživanje ima za cilj dublje razumijevanje načina na koji se sredstva prikupljaju i raspoređuju u zdravstvenom sektoru. Analizom prihoda i rashoda zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, istraživanje će osvijetliti financijsku dinamiku i izazove s kojima se sustav suočava. Pored toga, usporedba strukture financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj s onom u Republici Austriji omogućit će identifikaciju ključnih razlika i sličnosti te potencijalnih modela koji bi mogli pridonijeti boljoj financijskoj stabilnosti. Istraživanje ima za cilj i ocijeniti trenutno stanje financija zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, naglašavajući izazove i moguća rješenja za saniranje postojećih financijskih problema. Kroz ovu analizu, istraživanje će pridonijeti boljem razumijevanju kako financiranje utječe na cjelokupno funkcioniranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, te će dati vrijedan uvid u strategije koje se mogu primijeniti radi osiguranja održive budućnosti za zdravstvenu skrb građana.

Ključne riječi: zdravstveni sustav, financiranje zdravstva, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Republika Hrvatska, Republika Austrija

SUMMARY

This research is based on the goal of analyzing the functioning of the healthcare system in the Republic of Croatia, with a particular emphasis on its funding aspects, and comparing it with the healthcare system of the Republic of Austria. Through defining and explaining the structure and elements of healthcare financing in Croatia, the research aims to gain a deeper understanding of how funds are collected and allocated within the healthcare sector. By analyzing the revenues and expenditures of the healthcare system in Croatia, the research will shed light on the financial dynamics and challenges that the system faces. Furthermore, comparing the structure of healthcare financing in the Republic of Croatia with that in the Republic of Austria will allow for the identification of key differences and similarities, as well as potential models that could contribute to better financial stability. The research also aims to assess the current state of healthcare system finances in Croatia, highlighting challenges and potential solutions to address existing financial issues. Through this analysis, the research will contribute to a better understanding of how funding impacts the overall functioning of the healthcare system in the Republic of Croatia, providing valuable insights into strategies that can be implemented to ensure a sustainable future for citizens' healthcare.

Keywords: healthcare system, healthcare financing, Croatian Institute for Health Insurance, Republic of Croatia, Republic of Austria

LITERATURA

1. Agency for Healthcare Research and Quality. (2023). Defining Health Systems. Raspoloživo na: <https://www.ahrq.gov/chsp/defining-health-systems/index.html>
2. Expat in Croatia. (2023). Healthcare and health insurance in Croatia: Guide for 2023. Raspoloživo na: <https://www.expaticroatia.com/healthcare-in-croatia/>
3. European Commission. (2022). Country Report – Croatia. Raspoloživo na: https://commission.europa.eu/system/files/2022-05/2022-european-semester-country-report-croatia_en.pdf
4. European Observatory on Health Systems and Policies. (2022). Croatia: Health System Summary. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
5. Federal Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection. (2019). The Austrian Health Care System Key Facts.
6. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2023). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2022. godinu. Raspoloživo na: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>
7. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2022). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu. Raspoloživo na: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>
8. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2021). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2020. godinu. Raspoloživo na: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>
9. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2020). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu. Raspoloživo na: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>
10. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2019). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2018. godinu. Raspoloživo na: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>
11. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Opis zdravstvenog sustava. Raspoloživo na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>
12. Hsiao, W.C. (2003). What is a Health System? Why Should We Care?. Raspoloživo na: http://fpzg.hr/_download/repository/Hsiao2003.pdf
13. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. Ekonomski vjesnik, XXVI (2), 551-562. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/116455>
14. Kulesher, R., Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. Journal of Hospital Administration. Raspoloživo na: https://www.researchgate.net/publication/276225045_International_models_of_health_systems_financing

15. Ministarstvo financija. (2022). Obrazloženje financijskog plana hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2023. godinu i projekcije za 2024. i 2025. godinu. Raspoloživo na: <https://mfin.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/proracun/2023/HZZO%20obrazlo%C5%BEenje%20Financijskog%20plana%202023-2025.pdf>
16. Ministarstvo zdravstva. Djelokrug. Raspoloživo na: <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/djelokrug/709>
17. OECD. (2023). Health spending (indicator). Raspoloživo na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
18. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Raspoloživo na: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hr_croatian.pdf
19. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Austria: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Raspoloživo na: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_at_english.pdf
20. OECD, Eurostat, WHO. (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, Raspoloživo na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
21. Pan American Health Organization. Health Financing. Raspoloživo na: <https://www.paho.org/en/topics/health-financing>
22. Patel, S. (2020). Comparing healthcare models and their role in the COVID-19 response. Raspoloživo na: <https://www.peaceinnovation.com/blog/comparing-healthcare-models-and-their-role-in-the-covid-19-response>
23. Statistics Austria. (2023). Health expenditure. Raspoloživo na: <https://www.statistik.at/en/statistics/population-and-society/health/health-care-and-expenditure/health-expenditure>
24. Šimović, H. i Primorac, M. (2021). FISKALNA ODRŽIVOST HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA. FISCUS, 48 (01), 0-0. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/275651> Vlada Republike Hrvatske. (2021). Nacionalni plan oporavka i otpornosti 2021.-2026.
25. World Health Organization. (2010). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Raspoloživo na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
26. World Dana Info. Country Comparison Croatia-Austria. Raspoloživo na: <https://www.worlddata.info/country-comparison.php?country1=AUT&country2=HRV#health>

27. World Health Organization. (2023). Health financing. Raspoloživo na: https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_2

POPIS SLIKA, TABLICA I GRAFIČKIH PRIKAZA

Popis slika

Slika 1: Karakteristike zdravstvenog sustava prema Roemer-u	4
Slika 2: Okvir zdravstvenih sustava Svjetske zdravstvene organizacije	6
Slika 3: Pet kategorija financiranja zdravstvenog sustava	16
Slika 4: Četiri glavna izvora sredstava financiranja zdravstvene zaštite	17

Popis tablica

Tablica 1: Karakteristike modela financiranja zdravstva	21
Tablica 2: Prihodi i rashodi HZZO-a u eurima za razdoblje od 2018. do 2022. godine	30
Tablica 3: Planirani primitci HZZO-a za 2023. godinu u eurima	35
Tablica 4: Izdaci za zdravstvo Austrije u periodu od 2020. do 2022. godine	45
Tablica 5: Izdaci za zdravstvo 2022.	45
Tablica 6: Javni tekući izdaci za zdravstvo u Austriji prema Sustavu zdravstvenih računa (SHA), 2005. - 2021., izraženi u milijunima eura	46
Tablica 7: Opći podaci relevantni za zdravstveni sustav obiju zemalja	47

Popis grafičkih prikaza

Grafički prikaz 1: Ukupna potrošnja na zdravstvo u EU prema glavi stanovnika u 2022. godini	27
Grafički prikaz 2: Raspodjela sredstava za zdravstvo iz Nacionalnog plana oporavka i otpornosti	28
Grafički prikaz 3: Omjer aktivnih osiguranika i umirovljenika	29
Grafički prikaz 4: Struktura prihoda u periodu od 2018. do 2022. godine	32
Grafički prikaz 5: Struktura rashoda u periodu od 2018. do 2022. godine	36