

Bismarckov model financiranja zdravstva

Kuzmanić, Luka

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:872337>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-02**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ
RADIOLOŠKA TEHNOLOGIJA

Luka Kuzmanić

BISMARCKOV MODEL FINANCIRANJA ZDRAVSTVA

Diplomski rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ
RADIOLOŠKA TEHNOLOGIJA

Luka Kuzmanić

**BISMARCKOV MODEL FINANCIRANJA
ZDRAVSTVA**

**BISMARCK MODEL OF HEALTH SYSTEM
FINANCING**

Diplomski rad /Master's Thesis

Mentor:

prof.dr.sc Mirko Klarić

Split, 2023.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

DIPLOMSKI RAD

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Sveučilišni diplomski studij Radiološka tehnologija

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Javno zdravstvo i zdravstvena zaštita

Mentor: prof.dr.sc. Mirko Klarić

BISMARCKOV MODEL FINANCIRANJA ZDRAVSTVA

Luka Kuzmanić

Sažetak:

Često se zdravstveni sustavi opisuju prema njihovom prevladavajućem izvoru financiranja (npr. „Bismarckovi“ sustavi socijalnog zdravstvenog osiguranja, opći sustavi „Beveridge“ koji se financiraju iz poreza). Funkcioniranje zdravstva ovisi uglavnom o razini i načinu financiranja. Zemlje biraju između različitih modela. Svrha ovog rada je prikazati različite modele financiranja zdravstvene zaštite, s posebnim osvrtom na Bismarckov, Beveridgeov i američki model, kao vodećim modelima financiranja zdravstva. Na temelju literature i vlastitih razmišljanja autora, u zaključku su dati prijedlozi kako bi se spomenuti modeli poboljšali koristeći najbolje od svakog.

Ključne riječi: Bismarckov model, zdravstveni sustavi, financiranje

Rad sadrži: 43 stranice, 2 slike, 3 tablice, 2 priloga, 70 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

MASTER THESIS

University of Split

Univeristy Department for Health Studies

Radiologic technology

Scientific area: Biomedicine and health science

Scientific field: Public health and healthcare

Supervisor: prof.dr.sc. Mirko Klarić

BISMARCK MODEL OF HEALTH SYSTEM FINANCING

Luka Kuzmanić

Summary:

Often, health systems are described by their prevailing source of funding (e.g., "Bismarck" social security systems, tax-funded general "Beveridge" systems). The functioning of health care depends mainly on the level and method of funding. Countries choose from different models. The purpose of this paper is to present different models of health care financing, with special reference to Bismarck', Beveridge's and American models, as leading models of health care financing. Based on the literature and the author's own reflections, suggestions were made in conclusion to improve the models using the best of each.

Keywords: Bismarck model, health systems, funding

Thesis contains: 43 pages, 2 figures, 3 tables, 2 supplements, 70 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1 DEFINIRANJE PROBLEMA	2
2. CILJ RADA	3
2.1 MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	4
2.2 BEVERIDGEOV MODEL	4
2.3 BISMARCKOV MODEL	6
2.4 TRŽIŠNI (AMERIČKI) MODEL	9
2.5 SPECIFIČNI MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE SKRBI	16
2.5.1 Grčki model	16
2.5.2 Talijanski model	18
2.5.3 Čileanski model	21
2.5.4 Kineski model	22
2.5.5 Singapurski model	23
2.6 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE SKRBI U RH	24
3. IZVORI PODATAKA I METODE RADA	28
4. MOGUĆNOST UNAPRIJEĐENJA ZDRAVSTVENE SKRBI	28
5. ZAKLJUČAK	31
6. LITERATURA	33
7. ŽIVOTOPIS	40
PRILOZI	40

1 UVOD

Pristup Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) financiranju zdravstva usredotočen je na ključne funkcije (1):

- Povećanje prihoda (izvori sredstava, uključujući državne proračune, obvezne ili dobrovoljne unaprijed plaćene programe osiguranja, izravna plaćanja korisnika iz vlastitog džepa i vanjsku pomoć).
- Udruživanje sredstava (akumulacija unaprijed plaćenih sredstava u ime dijela ili cijele populacije).
- Kupnja usluga (plaćanje ili dodjela sredstava pružateljima zdravstvenih usluga).

Osim toga, sve zemlje imaju politiku o uslugama na koje stanovništvo ima pravo, čak i ako to vlada nije izričito navela; dodatno one usluge koje nisu pokriveno obično plaćaju pacijenti (ponekad se nazivaju participacijama) (1).

Reforme financiranja zdravstva ne mogu se jednostavno uvesti iz jedne zemlje u drugu s obzirom na jedinstveni kontekst svake zemlje i njezino polazište u smislu aranžmana financiranja zdravstva. Temeljni uzroci problema s učinkom razlikuju se u svakoj zemlji i to su uzroci kojima se moraju pozabaviti reforme predložene u strategiji financiranja zdravstva. Međutim, postoje lekcije iz međunarodnog iskustva koje omogućuju određivanje niza vodećih načela za reforme koje podupiru napredak prema univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti. One ne predstavljaju vodič „kako učiniti“, već skup putokaza koji se mogu koristiti za provjeru stvaraju li reformske strategije (i što je još važnije, provedba reforme) odgovarajuće poticajno okruženje i stoga pokazuju i kreću li se u pravom smjeru u smislu ciljeva (2).

Vodeća načela mogu se sažeti kao:

- Kretanje prema pretežnom oslanjanju na javne izvore financiranja.
- Smanjenje fragmentacije u načinu na koji se sredstva udružuju ili ublažavanje posljedica.
- Prelazak na više stratešku kupnju zdravstvenih usluga, povezivanje plaćanja pružatelja usluga s podacima o njihovoj uspješnosti i zdravstvenim potrebama populacije kojoj služe.

- Izričito usklađivanje politika pokrivenosti (beneficije i participacije) s ciljevima politike.

Često se zdravstveni sustavi opisuju prema njihovom prevladavajućem izvoru financiranja (npr. „**Bismarckovi**“ sustavi socijalnog zdravstvenog osiguranja, opći sustavi „**Beveridge**“ koji se financiraju iz poreza). Budući da su mnoge zemlje uvele značajne reforme ne mijenjajući izvor sredstava za zdravstvenu skrb, sve se više shvaća da izvor sredstava ne mora određivati organizacijsku strukturu sektora, mehanizme po kojima se sredstva dodjeljuju, niti preciznost (3).

Funkcioniranje zdravstva ovisi uglavnom o razini i načinu financiranja. Zemlje biraju između različitih modela.

Odabir konkretnog modela financiranja podrazumijeva određeni utjecaj na sve sudionike sustava. Sustavi zdravstvene skrbi mogu se opisati pomoću modela pružanja usluga, financiranja i ekonomske politike. Velik dio literature opisuje sustave pružanja zdravstvenih usluga u smislu modela nacionalnog zdravstvenog sustava, socijalnog osiguranja ili privatnog osiguranja (4).

Unutar svakog modela postoje različiti oblici financiranja uključujući opće oporezivanje, posebno oporezivanje i privatno financiranje. Većina industrijaliziranih zemalja uspostavila je sustave, dok su zemlje u razvoju u proteklom desetljeću razvile formalni sustav pružanja zdravstvenih usluga. Zdravstveni sustav jedne nacije ne može se adekvatno objasniti samo jednim modelom. Iako zdravstveni sustavi nijedne zemlje ne prihvaćaju jedan model pružanja i financiranja, postoje opće kategorije u koje se zdravstveni sustavi mogu svrstati.

1.1 DEFINIRANJE PROBLEMA

Financiranje zdravstva ključna je funkcija zdravstvenih sustava koja može omogućiti napredak prema univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti poboljšanjem učinkovite pokrivenosti uslugama i financijske zaštite. Danas milijuni ljudi nemaju pristup uslugama zbog cijene. Mnogi drugi dobivaju usluge loše kvalitete čak i kada plaćaju iz vlastitog džepa. Pažljivo osmišljene i provedene politike financiranja zdravstva mogu pomoći u rješavanju ovih problema. Na primjer, dogovori o ugovaranju i plaćanju mogu potaknuti koordinaciju skrbi i poboljšati kvalitetu skrbi; dostatna i pravovremena isplata sredstava pružateljima usluga može pomoći u osiguravanju odgovarajućeg osoblja i lijekova za liječenje pacijenata.

2. CILJ RADA

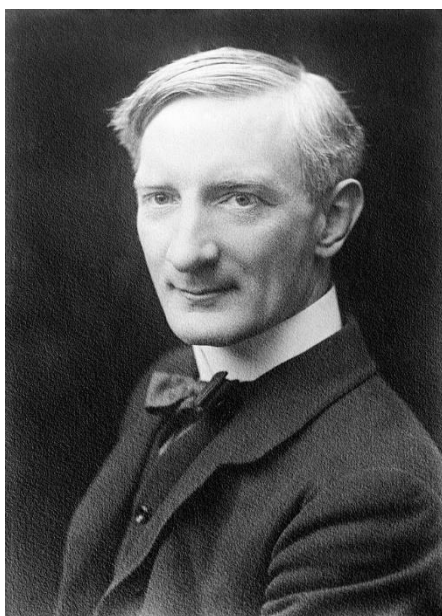
Svrha ovog rada je prikazati različite modele financiranja zdravstvene zaštite, s posebnim osvrtom na Bismarckov, Beveridgeovim i američki model, kao vodećim modelima financiranja zdravstva, te na temelju literature i vlastitih razmišljanja autora, u zaključku dati prijedloge kako bi se spomenuti modeli poboljšali koristeći najbolje od svakog.

2.1 MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

U svijetu postoji 196 zemalja koje imaju neki oblik zdravstvene zaštite. Od visoko reguliranih sustava zdravstvene skrbi do lokalnih sela ovisnih o šamanima, postoje različiti pristupi pružanju i rukovanju zdravstvenom skrbi. U ovom radu objasniti ćemo tri glavne vrste sustava zdravstvene skrbi koji se koriste na međunarodnoj razini. Dok u teoriji ove kategorije imaju jasne političke podjele, u stvarnosti većina zemalja ima mješavinu ovih pristupa, iako općenito imaju jedan sustav zdravstvene skrbi koji je jedinstven za većinu građana. Ove su razlike učinkovite u razlikovanju škola mišljenja o politici zdravstvene zaštite, ali politike svake zemlje treba analizirati kada se utvrđuju potencijalna poboljšanja (5).

2.2 BEVERIDGEOV MODEL

Beveridgeov model prvi je razvio **Sir William Beveridge** (slika 1) 1948., ekonomist i društveni reformator, Churchillov ministar zdravstva, čije su ideje dovele do stvaranja



Nacionalne zdravstvene službe Velike Britanije (NHS) 1948.

Slika 1 William Beveridge

Izvor: <https://sciencephotogallery.com/william-beveridge>

Beveridgeova ideja da se pruži visokokvalitetna medicinska skrb umjesto da se traži profit, bila je široko popularna među javnost nakon emocionalnih i finansijskih previranja Drugog svjetskog rata. Beveridgeov model je nacionalizirani zdravstveni sustav. Slično kao što javne knjižnice i policijske snage financira vlada, zdravstvo se kontrolira novcem od poreza

građana. Građani zemalja koji koriste ovaj plan zdravstvene zaštite ne plaćaju izravno svoje medicinske ili druge zdravstvene račune.

Cilj ovog plana je pružiti kvalitetnu zdravstvenu skrb bez obzira na sposobnost ljudi da plate svoju skrb. Većina bolnica i njihovog osoblja smatraju se državnim vlasništvom, odnosno zaposlenicima. Privatni liječnici i klinike također svoje naknade dobivaju od države umjesto od građana. Prema *Physicians for a National Health Program* (PNHP), ovaj sustav zdravstvene zaštite ima niske troškove po glavi stanovnika jer nacionalna vlada određuje što liječnici mogu raditi i koliko mogu naplaćivati svoje usluge (5). Država djeluje kao jedinstveni platitelj, eliminirajući konkurenciju na tržištu i općenito održavajući niske cijene. Financiranje zdravstvene skrbi putem poreza na dohodak omogućuje da zdravstvena skrb bude besplatna na mjestu pružanja usluge – nakon pregleda ili operacije, pacijent ne mora plaćati nikakve naknade iz vlastitog džepa zbog svog doprinosa putem poreza. Stoga vlada jamči univerzalnu pokrivenost i svatko tko je građanin ima isti pristup skrbi. Uz državu kao jedinog platitelja u ovom zdravstvenom sustavu, troškovi mogu biti niski, a beneficije su standardizirane u cijeloj zemlji (6).

Neke od zemalja koje koriste ovaj plan uključuju Veliku Britaniju, Španjolsku, Italiju, Dansku, Finsku, Novi Zeland, Hong Kong i Kubu (5). Međutim, svaka je zemlja izgradila i usvojila vlastiti oblik Beveridgeovog modela. U Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) se Beveridgeov model primjenjuje na veterane i Indijance (7). Hong Kong ima vlastiti Beveridgeov sustav zdravstvene skrbi, koji je ostao na snazi nakon što su Kinezi preuzeli tu bivšu britansku koloniju 1997., dok Kuba predstavlja ekstremnu primjenu Beveridgeovog pristupa s potpunom državnom kontrolom nad zdravstvenim sustavom (5).

Međutim, uobičajena kritika ovog sustava je sklonost dugim listama čekanja. Budući da je svima zajamčen pristup zdravstvenim uslugama, prekomjerno korištenje sustava može dovesti do povećanja troškova. U SAD-u primjerice, postoji bojazan da bi usvajanje nacionalne zdravstvene usluge s jednim platiteljem dovelo do povećanja potražnje za svim postupcima, čak i onima koji su medicinski nepotrebni, jer građani ne bi unaprijed plaćali troškove za te usluge. Međutim, drugi analitičari se protive ovom problemu, navodeći da sadašnja američka praksa rasipa sličan iznos novca pokrivajući neosigurane. Druga praktična briga je odgovor vlade na krizu. U slučaju nesigurne nacionalne opasnosti, kao što je rat ili zdravstvena kriza, financiranje zdravstvenih usluga može opasti kako se smanjuju javni prihodi, pogoršavajući financijski teret koji je svojstven velikom priljevu pacijenata. Takva bi situacija zahtijevala pažljivu raspodjelu hitnih sredstava prije krize (8). Glavne prednosti i nedostaci ovog modela financiranja zdravstvene skrbi prikazani su u tablici 1.

Tablica 1 Prednosti i nedostaci Beveridgeovog modela

PREDNOSTI	NEDOSTACI
<ul style="list-style-type: none"> • Svaki građanin ima pristup zdravstvenoj zaštiti zbog univerzalne pokrivenosti. • Vlada je odgovorna za kvalitetu skrbi, a to bi moglo biti korisno ako vlada održava niske troškove zdravstvene skrbi. • Građani ne primaju i nisu odgovorni za medicinske račune ili participaciju. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veće poreze mora plaćati svaki građanin bez obzira na korištenje zdravstvene zaštite. • Vlada je odgovorna za kvalitetu skrbi, a to može biti štetno ako vlada ograniči pacijentima usluge kojima je dopušten pristup. • Duge su liste čekanja i redovi za skrb, posebno za one koji nisu hitni.

Izvor: izrada autora

2.3 BISMARCKOV MODEL

Godine 1883. pruski kancelar **Otto von Bismarck** (slika 2) stvorio je Bismarckov model kao mjeru socijalne skrbi za njemačko ujedinjenje. Ovaj model imao je za cilj razviti državu blagostanja s obveznim osiguranjem za sve zaposlene pojedince kao dio ujedinjenja Njemačke u 1883. godini (9).

To je plan zdravstvenog osiguranja koji u načelu mora uključivati sve građane, neprofitne je naravi, iako u praksi nastoji biti dostupan samo radnom stanovništvu uz dodjelu sredstava onima koji financijski doprinose, pa kao takav ne osigurava univerzalnu zdravstvenu zaštitu. Uglavnom ga zajednički financiraju poslodavci i zaposlenici kroz izdvajanja iz plaće (10).

Njegov nacionalni model zdravstvene zaštite temeljio se na tri principa:

- Vlada je odgovorna za univerzalni pristup zdravstvenoj zaštiti.
- Zdravstvenu politiku provode najmanje političke i administrativne jedinice u društvu.
- Izabrani vladini dužnosnici pregovaraju o uvjetima medicinske skrbi i odražavaju interese različitih medicinskih profesija.



Slika 2 Otto von Bismarck

Izvor: <https://Otto von Bismarck>

Općenito, to je mješoviti model zdravstvenog sustava koji uključuje kombinaciju privatnih i javnih pružatelja usluga i omogućuje fleksibilniju potrošnju na zdravstvenu skrb. Pružatelji usluga i bolnice općenito su privatni, dok su osiguravatelji općenito javni. Neke zemlje poput Francuske ili Koreje imaju jednog osiguravatelja, dok druge zemlje poput Njemačke imaju više konkurentskih osiguravatelja iako cijene kontrolira vlada, kao što se također vidi s Beveridgeovim modelom (5).

U Bismarckovom modelu, sustav osiguranja zajednički financiraju poslodavci i zaposlenici putem poreza na plaće, koji se nazivaju „fondovi za zdravstveno osiguranje“. Ovi se porezi izravno odbijaju od plaća (8).

SAD je usvojio oblik Bismarckovog modela zdravstvene zaštite. Većina Amerikanaca koji su zaposleni, ali još nisu kvalificirani za **Medicare**, primaju zdravstveno osiguranje od svojih poslodavaca kao prednost zaposlenja. Međutim, ovaj pristup nije tako napredan kao njemačka verzija jer poslodavci ograničavaju popis zdravstvenih osiguravatelja koje zaposlenici mogu koristiti. Za razliku od SAD-a, gdje poslodavci daju uzak izbor zdravstvenih osiguravatelja koje zaposlenici mogu birati, njemački zaposlenici imaju mogućnost odabira između više od 200 vrsta zdravstvenih fondova u koje će uplaćivati (7). Iako su zemlje u kojima se primjenjuje ovaj model većinom privatne bolnice i liječnici, Bismarckov model osmišljen je za pokrivanje svakog građanina i nema za cilj ostvarivanje profita. Privatna osiguravajuća društva, koja moraju biti neprofitna, postoje za samozaposlene građane i one koji žele primati dodatne usluge koje nisu pokrivene fondom za zdravstveno osiguranje. Ova financijska

implementacija čini Bismarckov model sustavom s više uplatitelja (5). Međutim, ova osiguravajuća društva također su strogo regulirana od strane vlade. Činjenica da su osiguravajuća društva neprofitna i strogo regulirana, uz procedure s fiksnim cijenama, kontrolira troškove i održava ih niskima. U Njemačkoj pacijenti imaju mogućnost odabrati jeftine lijekove bez osobnih troškova ili platiti razliku ako odaberu skuplje lijekove. Dopuštanje pacijentima da kontroliraju koje lijekove žele kupiti stvara konkurenciju u industriji lijekova i održava cijenu lijekova prihvatljivom. O cijenama zahvata pregovaraju državni predstavnici i liječnička udruženja kako bi se osiguralo da su cijene zahvata i lijekova iste u cijeloj zemlji (7).

Ostale zemlje koje su prihvatile oblike Bismarckovog modela uključuju Japan, Švicarsku, Francusku, Belgiju, Nizozemsku, Hrvatsku i dijelove Latinske Amerike. U nekim zemljama postoji samo jedan osiguravatelj (Francuska, Koreja), druge zemlje mogu imati više konkurentskih osiguravatelja (Njemačka, Češka, Hrvatska) ili višestruke nekonkurentne osiguravatelje (Japan) (7).

Zahtjev zaposlenja za zdravstveno osiguranje donosi dobrobiti, ali uzrokuje probleme. Prednosti i nedostaci ovog modela financiranja prikazani su u tablici 2.

Tablica 2 Prednosti i nedostaci Bismarckovog modela

PREDNOSTI	NEDOSTACI
<ul style="list-style-type: none"> • Pojedinci se ne moraju brinuti da su neosigurani ili da će propasti zbog skupih računa za zdravstvenu skrb. • U usporedbi sa SAD-om, administrativni troškovi ovog modela znatno su niži. • Za primanje usluga primarne zdravstvene zaštite malo se čeka. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usmjerenost na niske troškove i učinkovitu skrb znači da je građanima koji žive u ruralnim područjima dostupno manje zdravstvenih usluga. • Obvezni porezi na zapošljavanje visoki su kako bi zdravstvena skrb bila pristupačna. • Za elektivne sekundarne i tercijarne usluge pacijenti čekaju duže.

Izvor: izrada autora

Ove mjere osiguravaju da zaposleni ljudi imaju zdravstvenu skrb potrebnu za nastavak rada i osiguravaju produktivnu radnu snagu. Budući da u početku nije bio uspostavljen kako bi osigurao univerzalnu zdravstvenu pokrivenost, Bismarckov model fokusira sredstva na one koji mogu financijski doprinijeti (8). S pomakom u načinu razmišljanja od zdravlja kao privilegije za zaposlene građane na pravo za sve građane, model se suočava s brojnim nedoumicama, poput toga kako se brinuti za one koji nisu u stanju raditi ili one koji si možda ne mogu priuštiti doprinose. Neposredniji praktični problemi uključuju kako se nositi sa starenjem stanovništva, s nejednakim brojem umirovljenika u usporedbi sa zaposlenim

građanima, i kako ostati konkurentan u privlačenju međunarodnih tvrtki koje bi možda preferirale lokacije bez ovih potrebnih izdvajanja za plaće (8).

2.4 TRŽIŠNI (AMERIČKI) MODEL

Ovaj model karakterizira kupnja privatnog zdravstvenog osiguranja na temelju zaposlenja ili pojedinca financirana doprinosima pojedinca i poslodavca. Pružanje usluga i financiranje u vlasništvu su i upravljanju privatnih subjekata koji djeluju u otvorenom tržišnom gospodarstvu. Primjeri modela privatnog osiguranja uključuju Švicarsku i Sjedinjene Države (11). Privatno osiguranje postoji u većini zemalja, no njegova je primjena prvenstveno za dodatno osiguranje za osobe koje nisu obuhvaćene nacionalnim planom ili za posebne usluge isključene iz nacionalnog plana.

SAD imaju populaciju od preko 330 milijuna ljudi i podržavaju jedan od najsloženijih sustava zdravstvene skrbi na svijetu, formiran isprepletenim odnosima između pružatelja usluga, platitelja i pacijenata koji primaju skrb. Američki zdravstveni sustav u stalnoj je fazi evolucije (12). Američki sustav je mješavina javnog i privatnog osiguranja. Vlada osigurava osiguranje za otprilike 53 milijuna starijih osoba putem *Medicarea*, 62 milijuna osoba s nižim приходima putem *Medicaida* i 15 milijuna vojnih veterana putem *Veteran's Administration-a* (13,14). Oko 178 milijuna zaposlenih u tvrtkama prima subvencionirano zdravstveno osiguranje preko svojih poslodavaca, dok 52 milijuna drugih ljudi izravno kupuje osiguranje bilo putem subvencioniranih tržišnih burzi razvijenih u sklopu Zakona o pristupačnoj skrbi ili izravno od osiguravatelja. Privatni sektor pruža zdravstvene usluge, s izuzetkom Uprave za branitelje, gdje liječnike zapošljava država (14,15).

Od 2019. oko 50% građana SAD-a ima privatno osiguranje preko svog poslodavca (grupno osiguranje), 6% privatno osiguranje putem zdravstvenog osiguranja tržišta osiguranja (ne grupno osiguranje), 20% građana oslanjalo se na *Medicaid*, 14% na *Medicare*, a 1% na druge javne oblike osiguranja (npr. Veterans Health Administration [VHA] i Military Health Service [MHS]), ostavljajući 9% Amerikanaca neosiguranih (14).

Javne i privatne bolnice primaju plaćanja iz javnih i privatnih izvora financiranja. Bolnice se obično plaćaju putem grupe povezane s dijagnostikom (DRG¹), koja dodjeljuje postavljeni iznos plaćanja za određeno stanje ili slijed liječenja. Bolničke DRG-ove naširoko koriste centri za *Medicare & Medicaid Services* (CMS) i mnogi privatni obveznici kao shemu

¹ diagnostic-related group

plaćanja za bolnice. Umjesto da bolnici plaća popis postupaka i lijekova po stavkama, Medicare bolnici plaća fiksni iznos na temelju DRG-a, bez obzira na stvarni trošak liječenja. Plaćanja temeljena na DRG-u pokrivaju troškove smještaja u bolnici (tj. smještaj i hranu, troškove ustanove itd.), troškove postupka, pomoćno osoblje (medicinske sestre, tehničari itd.) i troškove lijekova/medicinskih uređaja. DRG se temelji na primarnim i sekundarnim dijagnozama, drugim stanjima (popratnim bolestima), dobi, spolu i potrebnim medicinskim postupcima. Sustav ima za cilj osigurati da skrb koju pacijent treba bude ona koju dobiva, uz izbjegavanje nepotrebnih troškova. Kako bi odredio iznose plaćanja DRG-a, *Medicare* izračunava prosječnu cijenu resursa potrebnih za liječenje ljudi u određenom DRG-u. Ta se osnovna stopa zatim prilagođava na temelju različitih čimbenika, uključujući indeks plaća za određeno područje (16). Na primjer, bolnica u New Yorku isplaćuje veće plaće od bolnice u ruralnom Kansasu, što se odražava u stopi plaćanja koju svaka bolnica dobiva za isti DRG. Za bolnice na Aljasci i Havajima, *Medicare* prilagođava neradni dio osnovnog iznosa plaćanja DRG-a zbog viših troškova života (16). Prilagodbe osnovnog plaćanja DRG-a također se rade za nastavne bolnice i bolnice koje liječe mnogo neosiguranih pacijenata. Osnovni troškovi DRG-a ponovno se izračunavaju godišnje i objavljuju bolnicama, osigurateljima i drugim pružateljima zdravstvenih usluga putem CMS. Ako bolnica potroši manje od isplate DRG-a na liječenje, ona ostvaruje dobit. Ako potroši više od DRG plaćanja na vaše liječenje, gubi novac (16).

Složenost kombiniranih slučajeva koristi se u tandemu s DRG-ovima. Pojam se odnosi na različite osobine pacijenta koje mogu utjecati na cijenu skrbi. To uključuje (17):

- težinu bolesti,
- prognozu,
- poteškoće u liječenju,
- potrebu za intervencijom,
- intenzitet resursa.

Složenost kombiniranih slučajeva općenito se koristi za označavanje bolesnika s lošom prognozom ili težom bolešću, poteškoćama u liječenju ili potrebom za intervencijom. Uključuje komplikacije ili komorbiditete (CC) i može uključivati stanja stečena u bolnici, kao što je infekcija na mjestu operacije ili plućna embolija nakon operacije zamjene zgloba.

Prije nego što je DRG sustav uveden 1980-ih, bolnica bi slala račun *Medicareu* ili osiguravajućem društvu koji je uključivao troškove za svaki zavoj, rendgensku snimku, alkoholnu vatu, noćnu posudu i aspirin, plus naknadu za sobu za svaki dan hospitalizacije. To

je potaknulo bolnice da pacijente zadrže što je duže moguće, obave što je moguće više zahvata i koriste više zaliha. Kako su troškovi zdravstvene skrbi rasli, vlada je tražila načine za kontrolu troškova dok je istovremeno poticala bolnice na učinkovitije pružanje skrbi. Rezultat je DRG sustav. Od 1990-ih, grupna plaćanja koja se temelje DRG postupno su postala glavni način nadoknade bolnicama za akutnu bolničku skrb u većini zemalja s visokim prihodima (18). Sam ovaj financijski instrument stvoren je u SAD-u povijesnom inicijativom Sveučilišta Yale 1983. godine (19). Kako bi se povećala učinkovitost bolničke skrbi ili poboljšala transparentnost bolničkih aktivnosti, sustavi plaćanja temeljeni na DRG-u postupno su uvedeni u mnoge zemlje (20).

DRG-ovi su promijenili način na koji *Medicare* plaća bolnicama. DRG sustav plaćanja potiče bolnice da budu učinkovitije i smanjuje njihov poticaj da pretjerano liječe pacijente. To ima i prednosti i mane za njegu pacijenata, kao što je i prikazano u tablici 3 (21).

Tablica 3 Prednosti i nedostaci DRG sustava

PREDNOSTI	NEDOSTACI
<ul style="list-style-type: none"> • Pобољшanje učinkovitosti. • Skraćivanje hospitalizacije. • Niži troškovi liječenja. • Za pacijenta, smanjuje vjerojatnost da bolnica naruči nepotrebne testove. 	<ul style="list-style-type: none"> • Moguća smanjena kvaliteta skrbi. • Prekodiranje ili primanje teže dijagnoze nego što je potrebno, što može izazvati nepotrebnu brigu i stres za pacijente i njihove voljene. • Prerano otpuštanje ili prerano premještanje na rehabilitaciju ili ustanovu za dugotrajnu njegu, kao način da se uštedi bolnički novac. • Povećani izgledi za ponovni prijem u bolnicu zbog ranog otpusta. • Za bolnice, metodologija nadoknade troškova utječe na konačni rezultat. • Mnoge privatne bolnice usmjeravaju svoje resurse u usluge koje donose veću dobit.

Izvor: izrada autora po uzoru na <https://www.verywellhealth.com>

Međutim, ovaj sustav ne uključuje liječničke naknade. Kako bi se tome suprotstavio, Zakon o pristupačnoj skrbi (ACA) uveo je reforme plaćanja *Medicare*, uključujući skupna plaćanja i organizacije odgovorne skrbi (ACO²). Ipak, DRG-ovi ostaju strukturni okvir bolničkog sustava plaćanja *Medicare*.

Organizacije odgovorne skrbi (ACO) su skupine pružatelja usluga koje dijele financijsku i medicinsku odgovornost za pružanje koordinirane skrbi pacijentima, uz

² Accountable care organizations

financijske poticaje za pružanje visokokvalitetne skrbi i ograničavanje nepotrebne potrošnje koja se može izbjeći. Većina ACO-a još uvijek se plaća tradicionalnim načinima (naknada za uslugu, DRG-ovi, a u nekim slučajevima i kapitacija), ali su također pod zajedničkim sporazumom o štednji i/ili dijeljenom riziku. Ovi aranžmani dolaze sa standardima kvalitete koji, ako su ispunjeni, daju pravo ACO-u da sudjeluje u svim uštedama koje postigne ispod cilja potrošnje. Ti aranžmani sve više uključuju i zajednički rizik, što znači da ACO mora apsorbirati svaki iznos koji potroši na skrb o pacijentima iznad cilja (22).

ACO se obično fokusira na (22):

- mrežu pružatelja visokih performansi, temeljenu na cijeni i kvaliteti izvedbe,
- skrb usmjerenu na pacijenta, uključujući bolju koordinaciju i kontinuitet skrbi,
- dijeljenje podataka i IT integracija,
- mjerenje usmjereno na rezultate,
- mjerenje troškova i potrošnje prema ciljevima.

ACO su model isporuke koji je promovirao Zakon o zaštiti pacijenata i pristupačnoj skrbi. Od usvajanja, CMS implementirali su i eksperimentirali s više ACO modela za *Medicare* populaciju. Komercijalni zdravstveni planovi slijedili su primjer, a neki poslodavci i javni naručitelji imaju izravne ugovore s ACO-ima. Neki kupci vjeruju da ACO mnogo obećavaju kao način poboljšanja pružanja zdravstvene skrbi, drugi su skeptični i zabrinuti kako je ACO pokret doveo do konsolidacije među pružateljima zdravstvenih usluga, što im zauzvrat daje veću tržišnu moć i mogućnost postavljanja cijena viših od konkurentskih. Bez obzira na to, ACO su sada toliko rašireni da će na ovaj ili onaj način utjecati na populacije za koje mnogi poslodavci i drugi kupci kupuju zdravstvenu skrb.

Najnoviji dostupni podaci procjenjuju da postoji ukupno 840 ACO ugovora (od kojih je 477 CMS-ovih *Medicare* ACO-ova), a 28,3 milijuna ljudi sada je zbrinuto u okviru ACO aranžmana (23,24). U 2014. 260 ACO-a vodili su liječnici, a 238 ACO-a vodile su bolnice (25). Od 210 komercijalnih ACO-ova koji su pokrenuti 2015., samo je 5 bilo rizično (26). Multispecijalističke grupne prakse i integrirani sustavi isporuke mogu dobiti neke od najviših stopa od komercijalnih platiša, često premašujući 250% onoga što *Medicare* plaća pružateljima zdravstvenih usluga (27). Iako je *Medicareov* program zajedničke štednje (MSSP) navodno generirao uštede (28), ukupni troškovi *Medicarea* bili su veći od ušteda programa. Međutim, poboljšanja u kvaliteti skrbi izgledaju obećavajuće, budući da su ACO-i poboljšali 84% mjera kvalitete (28).

U izvanbolničkom okruženju, bolnički sustav koristi kodove *Ambulatory Payment Classification* (APC) za naplatu i nadoknadu. Ovi APC kodovi predstavljaju stil naplate naknade za uslugu, a ne kapitalizirani stil DRG-ova koji se temelji na troškovima (29).

Bolnice su često nestrpljive da isprazne krevete za dolazeće pacijente. Kao rezultat toga, bolnica može otpustiti pacijente u bolničku rehabilitacijsku ustanovu ili kući uz pomoć patronažne sestre ili drugu zdravstvenu podršku kod kuće.

Otpuštanje pacijenata prije nego kasnije pomaže bolnici da ostvari profit od plaćanja DRG-a. Međutim, *Medicare* zahtijeva od bolnice da dio plaćanja DRG-a podijeli s ustanovom za rehabilitaciju ili pružateljem kućne zdravstvene skrbi kako bi se nadoknadili dodatni troškovi povezani s tim uslugama (16). Isplata na temelju *Medicare* DRG-a također pokriva ambulantne usluge koje je bolnica (ili subjekt u vlasništvu bolnice) pružala u tri dana prije hospitalizacije.

Liječničke naknade nisu uključene u DRG (bolničke) ili APC (ambulantne) kodove. Prilikom naplate liječničkih i drugih naknada kliničara koriste se kodovi *Current Procedural Terminology* (CPT) i naplaćuju se na ime pružatelja usluga, a ne na ime bolnice. CPT kodovi mogu se koristiti i u bolničkim i izvanbolničkim postavkama i indikativni su za strukturu naknade za zdravstvenu njegu koja se plaća za usluge (30). Privatni osiguravatelji plaćaju bolnicama na temelju DRG-a, stopa slučajeva, dnevnicu, naknade za uslugu i/ili diskontiranih shema naknade za uslugu. U prosjeku, ta plaćanja premašuju troškove bolnice za pružanje temeljnih usluga. Suprotno tome, bolnice u prosjeku dobivaju manje naknade od troškova usluga za *Medicare*, *Medicaid* i neosigurane pacijente (31).

Postoje brojni nacionalni planovi privatnog zdravstvenog osiguranja, kao i regionalni planovi i planovi samoosiguranja (koje organiziraju velike tvrtke). U SAD-u uobičajeno je da poslodavci doprinose premijama privatnog osiguranja, obično kao mjesečne premije za održavanje zdravstvenog osiguranja, bilo u cijelosti ili djelomično za svoje zaposlenike (grupno osiguranje). Neki pojedinci također kupuju privatno zdravstveno osiguranje za sebe (ne grupno osiguranje) putem tržišta zdravstvenog osiguranja ili „mjenjačnice“ (32). Pacijenti koji traže izvan grupno osiguranje mogu se kvalificirati za porezne olakšice na temelju prihoda kućanstva. Osiguravatelji plaćaju pružateljima (bolnicama i kliničarima) zdravstvene usluge prema ugovorom dogovorenim iznosima. Ova plaćanja često čine velike udjele u ukupnim troškovima usluge, posebno kada se razmatraju planovi zdravstvenog osiguranja s niskim odbitcima (33).

S druge strane, programima javnog zdravstvenog osiguranja (npr. *Medicare*, *Medicaid* i Programom dječjeg zdravstvenog osiguranja (CHIP³) upravlja CMS i financiraju se primarno državnim porezima.

2.4.1.1 Medicare

Medicare je najveći pojedinačni obveznik u SAD-u, osiguravajući zdravstveno osiguranje za one u dobi od 65 godina i starije, bez obzira na prihode ili povijest bolesti, i one mlađe od 65 godina s trajnim invaliditetom ili završnom fazom bubrežne bolesti (34). *Medicare* je vladin nacionalni program zdravstvenog osiguranja u SAD, koji je započeo 1965. pod upravom socijalne sigurnosti (SSA), a sada njime upravlja CMS. Prvenstveno osigurava zdravstveno osiguranje za Amerikance u dobi od 65 godina i starije, ali i za neke mlađe osobe sa statusom invaliditeta prema SSA, uključujući osobe sa završnim stadijem bubrežne bolesti i amiotrofičnom lateralnom sklerozom (ALS ili Lou Gehrigova bolest).

Medicare je podijeljen u četiri dijela: A, B, C i D.

- Dio A pokriva bolnicu (stacionarno, samo formalno primljeno), kvalificiranu njegu (samo nakon formalnog prijema u bolnicu na tri dana, a ne za skrbništvo), kućnu zdravstvenu njegu i usluge hospicija, usluge kvalificirane medicinske sestre.
- Dio B pokriva izvanbolničke usluge, uključujući usluge nekih pružatelja usluga dok su stacionirani u bolnici, naknade za izvanbolničke ustanove, većinu posjeta ordinaciji pružatelja usluga čak i ako je ordinacija u bolnici, trajnu medicinsku opremu i većinu lijekova na recept.
- Dio C je alternativa koju povjerenici često nazivaju *Managed Medicare* (i gotovo svi se smatraju planovima *Medicare Advantage*), koji pacijentima omogućuju odabir zdravstvenih planova s barem istom pokrivenošću usluge kao Dijelovi A i B (a najčešće više). Ključna razlika dijela C u odnosu na dijelove A i B je u tome što planovi C uvijek uključuju godišnji limit troškova iz vlastitog džepa u iznosu između 1500 i 8000 američkih dolara (USD) po izboru korisnika. Dijelovi A i B nemaju tu zaštitu. Korisnik se prvo mora upisati u Dijelove A i B prije nego što se prijavi za Dio C .
- Dio D pokriva lijekove na recept koji se sami uzimaju.

Bez obzira koju od dodatnih opcija korisnici odaberu - privatno osiguranje ili javne zdravstvene planove - kako bi nadoknadili manjak onoga što *Medicare* pokriva (ili ako odluče

³ Children's Health Insurance Program

ne učiniti ništa), korisnici također imaju druge troškove povezane sa zdravstvenom skrbi. Ovi dodatni troškovi mogu uključivati, ali nisu ograničeni na *Medicare* dio A, B i D odbitne stavke i dio B i C doplate (35):

- Troškovi dugotrajne skrbi (koju *Medicare* ne smatra zdravstvenom skrbi).
- Trošak godišnjih tjelesnih pregleda (za one koji nisu na dijelu C zdravstvenih planova koji gotovo svi uključuju liječničke preglede) .
- Troškovi povezani s osnovnim životnim vijekom *Medicarea* i ograničenjima po incidentima.

Medicaid pruža skrb pojedincima ispod razine siromaštva i onima koji si ne mogu priuštiti plaćanje zdravstvene skrbi s obzirom na to da ispunjavaju uvjete, a zajednički ga financiraju i savezna vlada i pojedinačne države. Svaka država postavlja vlastite smjernice u vezi s podobnošću, uslugama i naknadom troškova. Moguće je kvalificirati se za pokriće u okviru *Medicare* i *Medicaid* i smatra se da takve osobe imaju dvojaku podobnost (34,36).

CHIP je nacionalni program zdravstvenog osiguranja za djecu mlađu od 18 godina koja ne ispunjavaju uvjete za druge planove osiguranja, uključujući privatno osiguranje. CHIP osigurava savezna sredstva državama za pružanje zdravstvene zaštite neosiguranoj djeci s niskim prihodima i trudnicama čiji je prihod previsok da bi se kvalificirao za *Medicaid*. Općenito, CHIP je dostupan samo do dobi od 18 godina. CHIP daje državama široku fleksibilnost u dizajnu programa unutar federalnog okvira koji uključuje važne zaštite korisnika. Sredstva iz CHIP-a mogu se koristiti za poseban program zdravlja djece ili za proširenje *Medicaida* (37).

Uz CMS, veteranski i vojni zdravstveni sustavi odgovorni su za pružanje zdravstvene zaštite veteranima i aktivnoj vojsci.

Na individualnoj razini, osim participacije ili suosiguranja, pacijenti često imaju franšizu - određeni iznos novca koji osiguranik mora platiti prije nego što plan osiguranja plati za zdravstvenu skrb - i premije. Ovi troškovi pacijenata smatraju se potrošnjom „iz vlastitog džepa“. Pacijenti bez zdravstvenog osiguranja prisiljeni su iz vlastitog džepa platiti kompletan trošak skrbi, uključujući i ono što bi inače plaćala osiguravajuća društva. Ukupna potrošnja iz vlastitog džepa u 2019. iznosila je 406,5 milijardi USD (38), što je u korelaciji s procjenama iz 2019. od otprilike 1240 USD po stanovniku u potrošnji iz vlastitog džepa (39). Stope neosiguranih Amerikanaca dosegule su najnižu razinu 2016. i povećavale su se sljedećih godina zbog promjena u dostupnosti i priuštivosti pokrivenosti prema Zakonu o zaštiti pacijenata i pristupačnoj skrbi (ACA) (40).

Savezni zakoni o zdravstvu donose se i mijenjaju putem Kongresa, zakonodavne grane vlasti. Politika se također može promijeniti kroz regulatorni proces, pri čemu savezna grana vlade tumači kako se politike trebaju provoditi. U SAD-u Ministarstvo zdravstva i društvenih usluga (HHS) odgovorno je za osiguravanje lijekova, javnih zdravstvenih usluga i socijalnih usluga na nacionalnoj razini. HHS je dio savezne grane vlade i agencija za nadzor nad zdravstvenim organizacijama u zemlji kao što su Uprava za hranu i lijekove (FDA), centri za medicinsku skrb i medicinske usluge (CMS), nacionalni instituti za zdravlje (NIH), agencija za istraživanje i kvalitetu zdravstvene skrbi (AHRQ) i centri za kontrolu i prevenciju bolesti (CDC) (41). Uz federalne zakone o zdravstvu, države mogu donijeti dodatne zakone, sve dok savezni zakon nije u suprotnosti.

2.5 SPECIFIČNI MODELI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE SKRBI

2.5.1 Grčki model

Ekonomska kriza u Grčkoj, koja je započela 2010. i trajala 10 godina, istaknula je ozbiljne probleme i izazove grčkog sustava socijalnog zdravstvenog osiguranja. Reforme koje su se uglavnom odvijale tijekom krize dale su privremeno rješenje. Usredotočili su se na osnivanje nove Nacionalne organizacije za zdravstvene usluge (nazvane *EOPYY*) i spajanje svih starih fondova osiguranja. Financiranje grčkog zdravstvenog sustava karakterizira koegzistencija obveznog socijalnog osiguranja (do 1/3), putem jedinstvenog zdravstvenog fonda (*EOPYY*), državnih subvencija (do 1/3), te dobrovoljnog privatnog sustava zdravstvenog osiguranja i privatnih plaćanja (ko-plaćanja ili iz vlastitog džepa) (preko 1/3). Preko 98% osigurane populacije pokriveno je *EOPYY*, dok 10% populacije održava dobrovoljno zdravstveno osiguranje kupljeno na tržištu privatnog osiguranja (42).

Na strani opskrbe, Nacionalna zdravstvena služba (zvana *ESY*) vodeći je igrač. *ESY* pruža univerzalnu pokrivenost stanovništvu i djeluje na načelima jednakosti i jednakog pristupa zdravstvenim uslugama za sve i socijalne kohezije (43). Osim toga, privatni sektor liječnika samostalne prakse i dijagnostičkih centara pokriva nemogućnosti *ESY*-ja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i privatnim bolnicama, u glavnim metropolitanskim bolnicama, koje nadoknađuje i *EOPYY* prema shemi DRG i pacijentima kojima privatno ili ne refundira njihova privatna osiguranja (42).

Do 2011. zdravstveno i mirovinsko socijalno osiguranje pokrivalo je zajedno 35 različitih fondova osiguranja prema zanimanju. Osiguranje je bilo obavezno. Svaki je imao drugačiji pravni okvir, a postojale su i razlike u plaćenim stopama doprinosa, obuhvatu, naknadama i uvjetima za dodjelu naknada (44). Reforma sustava osiguranja bila je jedan od glavnih prioriteta prvog programa gospodarske prilagodbe. Reforma je predviđala dodjelu sredstava dvama javnim tijelima, *EFKA* (jedinствени subjekt socijalne sigurnosti) koja je pokrivala mirovine i *EOPYY* koja je pokrivala zdravlje stanovništva. *EOPYY* je osnovan 2011. godine, a primarna misija bila je pružanje zdravstvenih usluga aktivnim članovima, umirovljenicima i članovima obitelji registriranim za spajanje zdravstvenih fondova (45). Standardni paket zdravstvenih usluga, prema *EOPYY*, zamijenio je pakete pogodnosti raznih fondova socijalnog zdravstvenog osiguranja (SZO) (44). U 2014. *EOPYY* je postao vodeći kupac lijekova i zdravstvenih usluga za osiguranike, čime je povećao pregovaračku moć u odnosu na pružatelje. Sudjelovanje u socijalnom osiguranju obvezno je za sve zaposlenike, a obuhvaća i članove njihovih obitelji. Financiranje zdravstvenog sustava odvija se kombinacijom javnih i privatnih izvora.

Prema OECD-u, izdaci za zdravstvo u Grčkoj iznosili su 5,5% bruto domaćeg proizvoda (BDP) 1988., ispod prosjeka eurozone (6,4%). Nakon toga dolazi do značajnog porasta rashoda koji su 1993. godine premašili europski prosjek. Sve do 2012. grčki izdaci za zdravstvo ostali su iznad europskog prosjeka; dok su 2010. dosegli najveću vrijednost (9,5% BDP-a). Zbog gospodarske krize i programa financijske prilagodbe rashodi su smanjeni. U 2019. rashodi su pali za jednu petinu od 2008., na 7,8% BDP-a. U prvom grčkom programu gospodarske prilagodbe, gornja granica javnih rashoda od 6% BDP-a postavljena je i još uvijek se primjenjuje. Državno financiranje zdravstva proizlazi iz poreza i bilo je manje od 3% BDP-a u 2019. Otprilike isto toliko je bilo financiranje iz *EOPYY*-a. U 2019. Grčka je imala drugi najniži udio javnih izdataka za zdravstvo, nakon Cipra, u Europskoj uniji (EU), samo 59,2%, a preostalih 40,8% nadoknađeno je privatnim uplatama (46). Potonji se uglavnom oslanja na plaćanja iz „vlastitog džepa“ (47):

- suosiguranje za lijekove,
- izravna plaćanja za usluge koje ne pokriva SZO,
- plaćanja za usluge SZO-a kupljene izvan javnog sustava kako bi se poboljšao pristup i kvaliteta.

Primarni izvor financiranja SZO-a su obvezni doprinosi zaposlenika, poslodavaca, samozaposlenih, poljoprivrednika i umirovljenika te godišnje potpore iz državnog proračuna.

Doprinosi za zdravstveno osiguranje za zaposlene koji primaju plaću iznose 7,10% plaće, podijeljeni u dva dijela: 6,45% za naknade u naravi (2,15% doprinos osiguranika i 4,30% poslodavca) i 0,65% za novčane naknade (0,40% doprinosi osiguranik, a 0,25% poslodavac). Za umirovljenike stopa doprinosa iznosi 6% mirovine. Samozaposleni i poljoprivrednici mogu odabrati stopu svojih doprinosa ovisno o svom mirovinskom planu. Sustav SZO može se opisati kao definirane beneficije, „*pay as you go*“ (PAYG) (42).

U Grčkoj su programi socijalne sigurnosti pod državnim nadzorom, što povećava politički rizik. Odluke donose političari vezani za svoj tradicionalni horizont planiranja (četiri godine) (42).

2.5.2 Talijanski model

Talijanska nacionalna zdravstvena služba automatski pokriva sve građane i strane državljane koji imaju legalan boravak. Financira se prihodima od korporativnog poreza i poreza na dodanu vrijednost koje prikuplja središnja država i distribuira regionalnim vlastima, koje su odgovorne za pružanje skrbi. Stanovnici uglavnom primaju besplatnu primarnu skrb, bolničku skrb i zdravstvene preglede. Druge zakonske beneficije uključuju skrb za roditelje, specijalnu skrb, kućnu njegu, bolničku skrb, preventivnu medicinu i lijekove. Pacijenti plaćaju participaciju za posjete specijalistima i zahvate te neke lijekove za izvanbolničku upotrebu. Od podjele troškova izuzete su trudnice, pacijenti s HIV-om ili drugim kroničnim bolestima te mala djeca i starije osobe u kućanstvima s nižim primanjima. Za stanovnike nema odbitaka. Privatno zdravstveno osiguranje ima ograničenu ulogu u talijanskom sustavu zdravstvenog osiguranja (48).

Univerzalnu pokrivenost pruža talijanska nacionalna zdravstvena služba (*Servizio sanitario nazionale* ili SSN), uspostavljena zakonom 1978. SSN automatski pokriva sve građane i strane državljane sa pravnim statusom. Od 1998. imigranti bez dokumenata imaju pristup hitnim i osnovnim uslugama. Privremeni posjetitelji snose troškove svih zdravstvenih usluga koje dobiju. Organizacija i pružanje zdravstvenih usluga je decentralizirano. Devetnaest regija i dvije autonomne pokrajine odgovorne su za pružanje skrbi kroz 100 lokalnih zdravstvenih jedinica koje pružaju primarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku skrb, izvanbolničku specijalističku skrb, javnozdravstvenu zaštitu i zdravstvene usluge vezane uz socijalnu skrb. Regije uživaju značajnu autonomiju u određivanju makro strukture svojih zdravstvenih sustava. Svaka lokalna zdravstvena jedinica ima glavnog ravnatelja kojeg imenuje regionalni guverner. Kao što je navedeno u talijanskom Ustavu, nacionalne zdravstvene politike i

prioriteti odgovornost su središnje vlade. Središnja vlada također određuje godišnje financiranje SSN-a i kontrolira raspodjelu sredstava svakoj regiji (48). Zdravstvene agencije i ministarstva uključuju sljedeće (49):

- Ministarstvo zdravlja, koje nadzire planiranje zdravstvene zaštite (kao što je određivanje osnovnog paketa beneficija), etiku zdravstvenog sustava, ponudu zdravstvenih radnika, informacijske sustave i druga područja.
- Nacionalno povjerenstvo za medicinske proizvode, koje izrađuje analize isplativosti i utvrđuje referentne cijene za medicinske proizvode.
- Agencija za regionalno zdravstvo, jedina institucija odgovorna za provođenje usporedno-účinkovitih analiza, koja je odgovorna regijama i Ministarstvu zdravstva.
- Nacionalna farmaceutska agencija, koja upravlja cijenama lijekova na recept, politikama nadoknade troškova i svim drugim pitanjima koja se odnose na farmaceutsku industriju.

Javno financiranje činilo je 74,2% ukupne potrošnje za zdravstvo u 2018., a ukupni rashodi iznosili su 8,8% BDP-a (50). Javni sustav financira se prvenstveno kroz dva mehanizma (51):

- Porez na dobit (otprilike 18,6% ukupnih sredstava u 2018.), koji se prikuplja na nacionalnoj razini i vraća u regije. Dodjela poreza na dobit obično je proporcionalna doprinosima regije. Postoje velike međuregionalne varijacije u osnovici poreza na dobit, što rezultira nejednakostima u financiranju.
- Fiksni udio nacionalnog prihoda od poreza na dodanu vrijednost (otprilike 60% ukupnog financiranja u 2018.) koji prikuplja središnja država, a koji se redistribuira regijama s nedostatkom resursa za pružanje osnovnih usluga.

Regijama je dopušteno generirati vlastite dodatne prihode, što dovodi do daljnjih međuregionalnih razlika u financiranju. Lokalne zdravstvene jedinice financiraju se uglavnom iz kapitalnih proračuna (52).

Budući da SSN ne dopušta ljudima da se isključe iz sustava i traže samo privatnu skrb, zamjensko osiguranje ne postoji. No komplementarno i dopunsko privatno zdravstveno osiguranje imaju ograničenu ulogu u zdravstvenom sustavu, čineći otprilike 1% ukupne potrošnje u 2014. godini. Otprilike 10% stanovništva ima neki oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji pokriva usluge isključene iz temeljnih beneficija SSN-a, nudi viši standard udobnosti i privatnosti u bolničkim ustanovama i omogućuje veći izbor među

javnim i privatnim pružateljima usluga. Neke police privatnog zdravstvenog osiguranja također pokrivaju participacije za privatno pružene usluge ili dnevnu stopu naknade tijekom hospitalizacije. Porezne olakšice favoriziraju dopunsko osiguranje (osiguranje za participacije) u odnosu na dopunsko dobrovoljno osiguranje (koje pokriva troškove zdravstvenih usluga koje nisu uključene u osnovni paket beneficija) (52).

Postoje dvije vrste privatnog zdravstvenog osiguranja: korporativno, za koje tvrtke pokrivaju zaposlenike, a ponekad i njihove obitelji, i nekorporativno, za koje pojedinci kupuju osiguranje za sebe ili svoje obitelji. Politike, bilo zajedničke ili pojedinačne, donose profitne i neprofitne organizacije. Tržište čine organizacije dobrovoljnog uzajamnog osiguranja te korporativni i kolektivni fondovi koje organiziraju poslodavci ili strukovne udruge za svoje zaposlenike ili članove. Neprofitne organizacije pokrivaju većinu osiguranika (48).

Središnja vlada definira nacionalni zakonski paket beneficija koji se nudi svim stanovnicima u svakoj regiji: LEA (*Livelli essenziali di assistenza*). Pokrivene pogodnosti uključuju (48):

- farmaceutske proizvode,
- stacionarnu njegu,
- preventivnu medicinu,
- izvanbolnički specijalistički njegu,
- rodiljinu njegu,
- kućnu njegu,
- primarnu zdravstvenu zaštitu,
- hospicijsku njegu.

Trajna medicinska oprema, dugotrajna njega i druge odabrane usluge pokrivene su samo za pacijente s određenim zdravstvenim stanjima. Regije mogu ponuditi usluge koje nisu uključene u nacionalne zakonske beneficije, ali te usluge moraju same financirati. Lijekovi na recept podijeljeni su u tri skupine prema kliničkoj učinkovitosti i djelomično isplativosti (48):

- Razina 1 (razred A) uključuje lijekove koji spašavaju život i tretmane za kronična stanja i pokriven je u svim slučajevima.
- Razina 2 (klasa C) uključuje lijekove za sva druga stanja i nije pokrivena SSN-om.
- Razina 3 (klasa H) uključuje lijekove koji se mogu isporučiti samo u bolničkom okruženju.

Tri razine redovito ažurira Nacionalna farmaceutska agencija u skladu s novim kliničkim dokazima. Za neke kategorije lijekova obavezni su terapijski planovi, a recepti moraju slijediti kliničke smjernice (48).

Stomatološka skrb općenito nije pokrivena, osim za djecu do 16 godina, ranjivu populaciju i ljude u ekonomskim i hitnim slučajevima (48).

Zbog regionalizacije zdravstvenog sustava, većina inovacija u pružanju skrbi događa se na regionalnoj, a ne na nacionalnoj razini, pri čemu se neke regije smatraju vodećima u inovacijama. Sabor je 2017. uveo obvezna cijepljenja za svu dojenčad i djecu do 16 godina, nakon porasta broja smrtnih slučajeva od zaraznih bolesti (uglavnom zaušnjaka) i pokreta protiv cijepljenja. Djeca koja ne obave propisano cijepljenje ne smiju pohađati vrtiće, jaslice i škole (48).

2.5.3 Čileanski model

Čile predstavlja zanimljiv slučaj koji je postigao robustan i učinkovit sustav javnog zdravstva prema modelu NHS-a mnogo prije Državnog udara 1973. Diktatura je reformirala zdravstveni sustav 1980-ih, nadahnuta vizijom društva usredotočenog na individualnu inicijativu i preferencije, promičući izbor između privatnih osiguravatelja i pružatelja usluga stvaranjem mješovitog modela financiranja (53).

Sustav funkcionira s dva podsustava, jednim javnim, *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), i jednim privatnim, s dominantnim *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRE), profitnim osiguravateljima koji opslužuju manje od 20% stanovništva, uglavnom iz skupina s višim prihodima. Zakonom je propisano da aktivni radnici trebaju izdvojiti najmanje 7% svoje bruto plaće za zdravstveno osiguranje. Pojedini radnici imali su pravo birati hoće li taj iznos dodijeliti FONASI ili ISAPRES-u. 24 Potonji nudi različite planove u skladu s rizikom svojih korisnika, što može zahtijevati višu uplatu do gore navedenog fiksnog postotka. Mladi muškarci s visokim primanjima bili su privilegirana meta ISAPRES-a (54).

S druge strane, FONASA je bila odgovorna za svu populaciju koja nije obuhvaćena ISAPRES-om, uključujući radnike u neformalnom sektoru koji ne plaćaju doprinose ili beskućnike. Istraživanja pokazuju da je glavni razlog percepcije nezaštićenosti korisnika FONASA-e percipirana kvaliteta sustava te, među korisnicima ISAPRE-a, cijena usluga i pokrivenosti (54). U 2016. korisnici zdravstvenog sustava u Čileu izvijestili su da su u prosjeku potrošili 500 000 čileanskih dolara (malo više od 700 USD) tijekom posljednjih 12 mjeseci za liječenje izvan svog plana zdravstvenog osiguranja (FONASA ili ISAPRE), što je iznos koji

odgovara nacionalnom prosječnom mjesečnom prihodu i ekvivalentan je 1,43 puta srednjem prihodu radnika (55). Posljednji val istraživanja Latinoameričkog projekta javnog mnijenja (LAPOP) uključivao je, u slučaju Čilea, pitanje o kvaliteti medicinskih i zdravstvenih usluga, ocijenjenih prvenstveno nezadovoljavajućim (55). Očekivani životni vijek u Čileu je ipak 80,6 godina u 2019., što je najviše u Latinskoj Americi.

2.5.4 Kineski model

Nacionalni sustav medicinske sigurnosti u Kini je sustav na više razina, s osnovnim medicinskim osiguranjem kao stupom i medicinskom pomoći kao rezervom, te komercijalnim zdravstvenim osiguranjem, dobrotvornim donacijama i aktivnostima medicinske uzajamne pomoći kao dodatnim uslugama.

Osnovno medicinsko osiguranje (BMI⁴) opslužuje dvije skupine ljudi: zaposlenike i stanovnike. Zaposlenici su upisani u program osnovnog zdravstvenog osiguranja zaposlenika (EBMI), a stanovnici koji ne rade upisani su u program osnovnog zdravstvenog osiguranja rezidenata (RBMI). Nakon što je osnovana 2018., Nacionalna uprava za zdravstvenu sigurnost (NHSA) nastavila je poboljšavati nacionalni sustav zdravstvenog osiguranja kako bi se RBMI mogao bolje integrirati. Od rujna 2020. više od 1,35 milijardi ljudi (preko 95% stanovništva Kine) obuhvaćeno je jednim od BMI programa, što ga čini najvećom sigurnosnom zdravstvenom mrežom na svijetu. Među onima koji su obuhvaćeni, 337 milijuna obuhvaćeno je EBMI-jem, a 1,014 milijardi ljudi obuhvaćeno je RBMI-jem. Fond zdravstvenog osiguranja je održiv i raste. U 2019. godini prihodi nacionalnog fonda za osnovno zdravstveno osiguranje (uključujući osiguranje roditelja) iznosili su 2,44 bilijuna kineskih jena (CNY), a rashodi 2,09 bilijuna CNY (56).

Medicinska pomoć osigurava svim građanima pravičan pristup osnovnim medicinskim uslugama podržavanjem dijela stanovništva s niskim primanjima da sudjeluje u BMI subvencioniranjem medicinskih troškova koje si ne mogu priuštiti. Od 2018. medicinska je pomoć pomogla 480 milijuna građana s niskim primanjima, pomogla smanjiti njihov medicinski teret za približno 330 milijardi CNY, provela ciljane mjere za smanjenje siromaštva za 10 milijuna ljudi u potrebi koji su bili osiromašeni zbog bolesti i osigurala im osnovnu medicinsku sigurnost. Različite društvene snage na tržištu također aktivno sudjeluju u nadopunjavanju sustava zdravstvene sigurnosti te su postale važan element višerazinskog sustava zdravstvenog osiguranja.

⁴ Basic medical insurance

Kineska vlada je uvijek smatrala zdravlje i sigurnost života ljudi svojom osnovnom odgovornošću, osiguravajući BMI kao javno dobro za sve kineske građane. Međutim, još uvijek postoji manjak u pokrivenosti između Kine i drugih zemalja s razvijenim sustavima socijalne sigurnosti. Udio ukupnog financiranja zdravstvenog osiguranja iznosi oko 2,5% kineskog BDP-a, što nije visoko, ali općenito je kompatibilno s BDP-om po stanovniku od 10 000 USD u Kini (57).

2.5.5 Singapurski model

Otkako je Singapur postao neovisan 1965., razvoj njegovog sustava zdravstvene skrbi bio je poduprt naglaskom na osobnoj odgovornosti za zdravlje i aktivnom intervencijom vlade kako bi se osigurao pristup i pristupačnost kroz ciljane subvencije i smanjili nepotrebni troškovi. Zdravstveni sustav Singapura hvaljen je zbog postizanja impresivnih zdravstvenih rezultata stanovništva koristeći samo skromnih 4-5% BDP-a, s udjelom vlade od svega jedne trećine. Izmjerena potrošnja za zdravstvo u skladu je s većom predanošću vlade fiskalnoj razboritosti i disciplini u uravnoteženju proračuna. Zapravo, singapurski ustav dopušta vladi da troši samo prihode prikupljene tijekom svog mandata. Povlačenje nacionalnih rezervi može se izvršiti samo u iznimnim okolnostima i zahtijeva posebno odobrenje predsjednika (58).

Međutim, sustav zdravstvene skrbi suočava se s povećanim stresom, što se odražava u takozvanim bolnim točkama koje su dovele do zabrinutosti javnosti, uključujući nedostatak bolničkih kreveta i usluga srednje i dugotrajne skrbi, te visoka plaćanja iz vlastitog džepa. Glavni pokretači ovih izazova su sve veća prevalencija nezaraznih bolesti i brzo starenje stanovništva, ograničenja u pružanju i organizaciji primarne zdravstvene zaštite i dugotrajne skrbi te financijski poticaji koji bi mogli nenamjerno spriječiti integraciju skrbi. Kako bi odgovorilo na te izazove, Ministarstvo zdravstva Singapura provelo je opsežan niz reformi 2012. u okviru svog plana *Healthcare 2020*. Ove su reforme znatno povećale kapacitet javnih bolničkih kreveta i usluga dugotrajne skrbi u zajednici, proširile subvencije za primarnu i dugotrajnu skrb te uvele niz reformi financiranja zdravstvene skrbi kako bi se ojačala financijska zaštita i pokrivenost. Međutim, postalo je jasno da ove mjere same po sebi neće dugoročno riješiti temeljne probleme u sustavu. Umjesto toga, sustav zahtijeva i provodi mnogo temeljnije promjene u svom pristupu (59).

Suočena s tim izazovima, singapurska je vlada odgovorila uvođenjem tri velike i skupe reforme politike (59):

- *Pioneer Generation Package*, kako bi se starijim osobama pomoglo u plaćanju liječenja.
- *MediShield Life*, za proširenje pokrivenosti osiguranjem.
- *Community Health Assistance Scheme (CHAS)*, kako bi se osigurale državne subvencije za primarnu zdravstvenu zaštitu za one koji ispunjavaju uvjete.

Unatoč proširenju financiranja i usluga, Vlada je i dalje predana dugogodišnjim načelima fiskalne razboritosti i ne crpljenju iz prošlih rezervi.

2.6 FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ

Kao i u mnogim zemljama, javno zdravstvo predstavlja vrlo važan podsustav hrvatskog sektora države i vrlo važan segment ukupne javne potrošnje. Specifičnosti hrvatskog javnog zdravstvenog sektora odnose se na njegov model financiranja i strukturu imovine, ali ponajviše na velike materijalne i ljudske resurse, potrebe za zapošljavanjem i složenost modela pružanja usluga/skupa procedura (60).

S makroekonomskog gledišta upravljanja financijama u zdravstvu, potrošnja bolnica predstavlja najzahtjevniji i najskuplji segment, dok isplativost i učinkovitost bolnica odražava ukupnu kvalitetu zdravstvenog sustava. To podrazumijeva učinkovitost i djelotvornost upravljanja koje dodatno zahtijevaju potrebnu kvalitetu, točnost i cjelovit skup financijskih informacija (koje bi odražavale istinit i fer prikaz financijskog položaja i uspješnosti organizacije) i nefinancijskih informacija (što bi dalje ukazivalo na razinu učinkovitosti) (60).

Osim toga, hrvatski javnozdravstveni sustav bio je predmet čestih reformi i gotovo permanentnih financijskih oporavka nagomilanih gubitaka.

U Hrvatskoj je dominantan sustav obveznog osiguranja, ali se dio zdravstvene zaštite financira iz državnog proračuna. Kombinacija je Bismarckovog modela osiguranja koji se temelji na doprinosima iz plaća i Beveridgeovog modela koji se temelji na proračunskim transferima (60).

Ministarstvo zdravstva nadležno je za zdravstvenu politiku, planiranje i evaluaciju, javnozdravstvene programe i reguliranje kapitalnih ulaganja za pružatelje zdravstvenih usluga u javnom vlasništvu. Ministarstvo zdravstva također propisuje standarde kvalitete za javne i privatne pružatelje zdravstvenih usluga. Nacionalna tijela (Ministarstvo zdravstva i Vlada) odgovorna su za pružanje tercijarne skrbi, što uključuje sveučilišne bolnice i sveučilišne bolničke centre (61).

Županije su odgovorne za organizaciju i upravljanje javnim zdravstvenim službama, primarnom zaštitom (domovi zdravlja i javne ljekarne) i sekundarnom zaštitom (opće i specijalizirane bolnice).

Hrvatska ima sustav obveznog socijalnog zdravstvenog osiguranja koji objedinjuje javno financiranje pod jednim subjektom, Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). HZZO je jedini kupac zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Nudi i dopunsko dobrovoljno osiguranje koje pokriva participaciju u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja (62).

Za razdoblje 2020. – 2030. Nacionalna strategija razvoja izrađena je na razini Vlade, uključujući sva ministarstva, a usvojena je u veljači 2021. Strategija je krovni dokument koji određuje kontekst, viziju, pravce razvoja i prioritete za provedbu javnih politika u Hrvatskoj u planskom razdoblju (63).

Većina pružatelja zdravstvenih usluga (osobito sekundarne i tercijarne skrbi) ostaje u javnom vlasništvu. Međutim, broj privatnih pružatelja usluga je porastao, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, stomatološkim uslugama i specijaliziranim klinikama. Većina ordinacija primarne zdravstvene zaštite je privatizirana, a ostale u javnom vlasništvu djeluju kao domovi zdravlja. Sveučilišni bolnički centri, sveučilišne bolnice, opće bolnice, medicinski instituti i domovi zdravlja ne mogu poslovati radi dobiti. Nadalje, mora postojati najmanje jedan dom primarne zdravstvene zaštite u javnom vlasništvu po županiji i najmanje tri u gradu Zagrebu kako bi zdravstvena zaštita bila dostupna stanovništvu. Ljudi mogu izabrati svog liječnika primarne zdravstvene zaštite i stomatologa (63).

Ključni izvori prihoda HZZO-a su doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje. Međutim, u 2020. godini, zbog pandemije COVID-19 i njenog utjecaja na gospodarstvo, došlo je do značajnih promjena u strukturi ukupnih prihoda HZZO-a. Udio prihoda od doprinosa smanjio se s 81,9% u 2019. na 74,2% u 2020., a udio prihoda državnog proračuna povećao se s 9,6% na 13,3% (HZZO, 2020.) (60).

Prihodi od doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje i državnog proračuna koriste se za financiranje pružanja zdravstvene zaštite, naknada i upravljanja HZZO-om. HZZO nudi i dopunsko dobrovoljno osiguranje koje pokriva participaciju u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Stope doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje iznosile su 16,5% bruto plaće za zaposlene (na prijenos poslodavca), 7,5% udjela prosječne plaće za poljoprivrednike i vjerske službenike te 3% mirovinskih primanja iznad prosječne neto plaće za umirovljenike. Sredstva se prikupljaju centralno i dodjeljuju zdravstvenim ustanovama u državnom vlasništvu, a dio sredstava prenosi se na lokalnu razinu (63).

Hrvatska izdvaja manji iznos za zdravstvo po stanovniku od većine ostalih članica EU. U 2019. godini rashodi u Hrvatskoj iznosili su 2168 USD (korigirano za razlike u kupovnoj moći), što je svrstava među pet najnižih potrošača u EU. Međutim, kada se uzme u obzir udio BDP-a potrošenog na zdravstvo (6,9% u 2019.), taj je udio bio veći nego u osam drugih država članica EU-a. Nadalje, udio javne potrošnje kao udio u tekućim izdacima za zdravstvo relativno je visok i iznosio je 81,9% u 2019. To je bilo više od prosjeka EU-a od 76,3%, što odražava tradiciju solidarnosti u financiranju zdravstvene zaštite i stalnu važnost zdravstvene zaštite na dnevnom redu hrvatske politike. Za zdravstvo je u 2019. izdvojeno 12,1% ukupnog državnog proračuna (60).

Hrvatska troši veći udio iz javnih izvora od prosjeka EU-a za sva područja skrbi, a čini se da participacija nije utjecala na dostupnost zdravstvenih usluga. Iznos iz vlastitog džepa na zdravstvo kao udio u konačnoj potrošnji kućanstava iznosio je 1,1% u 2019., što je bio najniži udio u svim zemljama EU-a i znatno ispod prosjeka EU-a od 3,1%. Plaćanja iz vlastitog džepa iznosila su 11,5% trenutnih izdataka za zdravstvo u 2019., što je bilo ispod prosjeka EU-a od 15,4% (60).

Tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj počelo se razvijati početkom 2000-ih i činilo je 6,6% svih zdravstvenih izdataka u 2019. Planovi dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja pokrivaju sve participacije pacijenata u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja (63).

Najveći udio potrošnje plaćanja iz vlastitog džepa je na lijekove, a zatim na stomatološku skrb.

Zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj je obvezno i pokriva sve rezidente, uključujući i strane državljane koji u zemlji borave dulje od tri mjeseca. Odustajanje od obveznog zdravstvenog osiguranja nije moguće. Uzdržavani članovi obitelji pokriveni su doprinosom zaposlenih članova obitelji, dok samozaposleni sami plaćaju doprinose u cijelosti. Ranjive skupine su oslobođene plaćanja. Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju osiguranici imaju pravo na zdravstvene usluge i novčanu naknadu. Zakon također spominje široke kategorije pokrivenih zdravstvenih usluga i medicinske robe. Kao glavni naručitelj zdravstvenih usluga, HZZO u suradnji s liječničkim društvima utvrđuje cjenik svih zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Rješenja se donose uz suglasnost Ministarstva zdravstva. Neke usluge, kao što su usluge za djecu, trudnice, osobe starije od 65 godina i osobe s invaliditetom, cijepljenje, palijativna skrb itd., oslobođene su plaćanja participacije i pokriva ih HZZO u cijelosti (63).

Pružatelji s kojima HZZO ima ugovor plaćeni su na temelju različitih mehanizama plaćanja (63):

- Pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite plaćeni su kombinacijom kapitacije, naknade za uslugu i plaćanja za učinak. U travnju 2013. uveden je novi model plaćanja za liječnike opće prakse. Ciljevi su bili potaknuti pružatelje zdravstvenih usluga na daljnje povećanje pružanja određenih vrsta skrbi (npr. preventivne skrbi) te poboljšati kvalitetu skrbi i zadovoljstvo pacijenata. Osim toga, liječnici opće prakse mogu dobiti bonuse, ovisno o njihovoj uspješnosti i pokazateljima kvalitete.
- Ambulantne usluge plaćaju se prema naknadi za uslugu, dok se bolnice koje pripadaju Nacionalnoj zdravstvenoj mreži uglavnom plaćaju prema globalnim proračunima, pri čemu je 90% prihoda fiksno, a 10% ovisno o pruženim uslugama (fakture po slučajevima temeljene na sustavu dijagnostičkih skupina (DRG)). Od 2020. 100% prihoda bolnica plaća se unaprijed (u odnosu na 90% u 2019.), a bolnice izdaju fakture na temelju epizoda skrbi.
- Nadalje, HZZO je 2015. godine uveo novi cjenik bolničkih izvanbolničkih usluga, koji nudi višu naknadu za operativne zahvate istog dana.

Jedna od ključnih prednosti primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj je organiziranost prema temeljnim načelima (63):

- sveukupno stanovništvo obuhvaćeno obveznim zdravstvenim osiguranjem,
- kontinuirana skrb tijekom cijelog života,
- dostupnost primarne zdravstvene zaštite u svim dijelovima zemlje, primarna zdravstvena zaštita kroz holistički pristup,
- osigurana provedbom integriranih mjera za promicanje zdravlja i prevenciju bolesti, liječenje, rehabilitaciju i palijativnu skrb.

Među slabostima su (63):

- niska dostupnost primarne zdravstvene zaštite, osobito u ruralnim područjima.
- privatizacija bi mogla oslabiti ulogu domova zdravlja kao ključnih dionika u organiziranju usklađenih zdravstvenih usluga na lokalnoj razini,
- pacijenti imaju manje povjerenja u liječnike primarne zdravstvene zaštite i više se oslanjaju na specijalističku skrb, što dovodi do većeg broja upućivanja na sekundarnu zdravstvenu zaštitu nego što bi to bilo klinički indicirano.

Iako HZZO u svojim izvješćima pokazuje uravnoteženo financijsko poslovanje, Vlada je gotovo svake godine prisiljena pokrivati dio zdravstvenog duga. Fiskalna održivost zdravstvenog sustava preduvjet je dugoročne fiskalne održivosti svake moderne socijalne države. Sustav financiranja hrvatskog zdravstva ima evidentne probleme koji se najčešće očituju kroz česte naplate bolničkih dugova, najčešće za lijekove. Veledrogerije i ljekarne uredno naplaćuju dugove tek nakon prijatni obustavom isporuke lijekova i drugih lijekova. Do sada je bilo 27 takvih spašavanja u razdoblju od 1994. do 2021. godine (60).

Dug zdravstvenog sustava je slojevit. Najvažniji je dug bolnica prema veledrogerijama za lijekove, no tu su i ostali dobavljači medicinske opreme, materijala i dijagnostike. Važna komponenta duga su obveze prema zaposlenicima u zdravstvu i brojne sindikalne tužbe koje su dospjele ili čekaju svoj trenutak na sudu. Veliki je problem što nema službene statistike o visini i strukturi duga u zdravstvu, nema jasne dokumentacije (60).

3. IZVORI PODATAKA I METODE RADA

Metode rada uključuju metode analize i sinteze, metode dedukcije te metodu komparacije.

4. MOGUĆNOSTI UNAPREĐENJA POSTOJEĆIH MODELA FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE SKRBI

U prethodnom smo poglavlju opisali neke od najpoznatijih modela financiranja zdravstvenog sustava u svijetu, kao i neke specifične modele koji su se razvili prilagodbom više različitih modela. Iz navedenih modela vidljivo je da još uvijek ne postoji savršeni model. Postavlja se logično pitanje kako to da uz sve te mnogobrojne primjere još nitko nije uspio osmisлити univerzalan model koji bi sve zemlje mogle preuzeti. Jedan od odgovora krije se vjerojatno u činjenici da iako se politika često razbacuje idejama i rješenjima za problem financiranja zdravstva, te ideje rijetko uspješno provodi u praksi. Razlozi za to su mnogobrojni, a razlikuju se od zemlje do zemlje i ovise o mnogim faktorima, poput same kulture naroda, ekonomije, osnovnih ljudskih prava i mnogočemu drugome.

Uređene i razvijene zemlje, s visokim dohotkom imaju relativno visoku kvalitetu zdravstvene skrbi, ali iz navedenih primjera vidimo da ta i takva skrb nije uvijek dostupna svima. S druge strane, slabije razvijene zemlje imaju nižu kvalitetu skrbi jer s malom količinom sredstava pokušavaju pružiti jednaku skrb svima, što je financijski teško održivo, osobito na duže razdoblje.

Među spomenutim modelima financiranja zdravstvene skrbi spomenut je Singapurski model kao jedan od pozitivnijih primjera u novije doba. Singapurski zdravstveni sustav privlači veliki interes politike zbog niske potrošnje BDP-a po glavi stanovnika na zdravstvenu skrb i impresivnih zdravstvenih ishoda stanovništva. S nacionalnim izdacima za zdravstvo od jedva 5 posto BDP-a, Singapur troši polovicu onoga što troši Ujedinjeno Kraljevstvo i manje od trećine SAD-a (64). Međutim, ova relativno skromna potrošnja nije popraćena lošim rezultatima stanovništva: ne samo da je *Bloomberg Media* (2012.) Singapur proglasio najzdravijom zemljom na svijetu (65), nego ga je nedavno i *Economist Intelligence Unit* opisao kao drugi najučinkovitiji zdravstveni sustav na svijetu. Na individualnoj razini, spisateljica *Financial Timesa*, Gillian Tett, u uvodniku pod naslovom „Hvala, Singapore“ veliča zapanjujuću učinkovitost koju je iskusila dok je bila podvrgnuta hitnom liječenju u Singapuru i pripisuje zasluge singapurskim liječnicima i zdravstvenom sustavu da su joj spasili život – čak nagađajući da možda ne bi preživjela da je bila u svojoj domovini (SAD) (66).

Međutim, međunarodne pohvale moraju se razmatrati u kontekstu lokalnih osjećaja i tjeskobe. U Izvješću o svjetskom zdravlju iz 2000., koje je singapurski model rangiralo kao šesti najbolji na globalnoj razini, autori su Singapuru dodijelili tek 101. mjesto (od 191 zemlje) u kategoriji “Pravednosti financijskog doprinosa“. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, anketa stručnjaka ocijenila je zdravstveni sustav Singapura sa skromnih 10,9 od 30 bodova (67), što je loše u usporedbi sa zemljama poput Australije (17,0), Danske (26,0) i UK (29,0) (68).

Singapurski zdravstveni sustav prkosi jednostavnoj kategorizaciji. Pokojni profesor Lim Meng-Kin, jedan od najranijih kroničara singapurskog zdravstvenog sustava, opisuje pristup kao jedinstvenu kombinaciju načela slobodnog tržišta s pažljivom državnom kontrolom (69). Ukratko, zdravstveni sustav Singapura izgrađen je na političkoj filozofiji individualne odgovornosti zajedno s mnogim rukama pomoći i sigurnosnom mrežom koju osigurava država. U pozadini toga je pragmatično prihvaćanje da zdravstvena skrb mora biti pristupačna pojedincima i društvu, što zahtijeva racionalizaciju i određivanje prioriteta. Vladin deklarirani cilj politike u zdravstvu je osigurati da su dobre i pristupačne osnovne medicinske usluge dostupne svim Singapurcima umjesto pružanja najnovijeg i najboljeg od svega (58). Ne može se previše naglasiti da filozofija promicanja individualne odgovornosti zahtijeva više razine participacije u usporedbi s drugim razvijenim zemljama i stoga treba očekivati usporedne grafikone koji ističu nisku državnu potrošnju Singapura na zdravstvenu skrb.

Osim tog modela, spomenuli smo i tri najpoznatija modela financiranja zdravstva, a to su Bismarckov, Beveridgeov i američki model.

Sva tri modela imaju svoje prednosti i nedostatke, koje smo u uvodnom djelu i spomenuli, te se zbog toga sve češće isprepliću, osobito kod zemalja u tranziciji koje pokušavaju pronaći najbolje rješenje, pa stoga iz svakog od spomenutih modela žele izvući najbolje.

Svaki od gore navedenih modela suočava se s izazovima koji će stvoriti prepreke ispunjavanju UN-ovih ciljeva održivog razvoja o zdravlju. Neki od ovih izazova već su u kritičnoj fazi, dok će se drugi s vremenom intenzivirati kako stanovništvo stari, a tehnologija utječe na način na koji radimo. Osigurati da svaka osoba može živjeti zdrav život i promicati dobrobit u svim životnim dobima treći je cilj održivog razvoja. Istraživanje novih metoda plaćanja i pružanja skrbi moglo bi biti dio rješenja.

Strukture financiranja zdravstva u mnogim zemljama treba dalje razvijati i podržati kako bi se proširio pristup potrebnoj zdravstvenoj skrbi i uslugama za sve uz sprječavanje i pružanje zaštite od katastrofalnih financijskih rizika, prihvaćajući da su, neovisno o izvoru financiranja za odabrani zdravstveni sustav, pravedno plaćanje unaprijed i udruživanje na razini stanovništva, te izbjegavanje, na mjestu isporuke, izravnih plaćanja koja rezultiraju financijskom katastrofom i osiromašenjem, osnovna načela za postizanje univerzalne zdravstvene pokrivenosti.

Treba uzeti u obzir da bi izbor sustava financiranja zdravstva trebao biti napravljen unutar posebnog konteksta svake zemlje, te da je važno regulirati i održavati temeljne funkcije udruživanja rizika, kupnje i pružanja osnovnih usluga.

Brojne države provode reforme financiranja zdravstva koje mogu uključivati kombinaciju javnih i privatnih pristupa te kombinaciju financiranja koji se temelje na doprinosima i koji se financiraju porezima. Ne treba zaboraviti važnu ulogu državnih zakonodavnih i izvršnih tijela, uz potporu civilnog društva, u daljnjoj reformi sustava financiranja zdravstva s ciljem postizanja univerzalne pokrivenosti.

5. ZAKLJUČAK

Prva dva desetljeća nakon Drugog svjetskog rata, zemlje članice Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) bile su u mogućnosti financirati politike koje su povećale pristup i poboljšale kvalitetu zdravstvenih usluga zahvaljujući visokom gospodarskom rastu. Međutim, od sredine 1970-ih, padajuće stope rasta i opetovane financijske krize mijenjaju primarni cilj formiranja vlade u to vrijeme, od poboljšanja do održavanja pruženih usluga. Istovremeno, potražnja građana za zdravstvenim uslugama i dalje raste, a samim time traže se i kvalitetnije usluge. Potrošnja za zdravstvo nastavlja rasti posljednjih desetljeća, a vlade su zabrinute zbog opterećenja svog proračuna i održivosti zdravstvenog sustava.

Na žalost, ne postoji savršen model, ne zbog toga što u svojoj teoriji nisu dobri, već zato što ovise o ljudskom faktoru, politici, gospodarskoj i kulturološkoj situaciji zemlje.

Primjerice, Hrvatska je još uvijek zemlja koja se u načelu vodi socijalnom zdravstvenom politikom. Obavezno zdravstveno osiguranje omogućuje osnovnu zdravstvenu skrb za svakog građanina s prebivalištem u RH. Međutim, svjedočimo sve češćim negativnim publicitetom našeg zdravstva: nedostatak lijekova, duge liste čekanja, pretrpanost hitnih službi ne hitnim pacijentima koji preko hitnog bolničkog prijema pokušavaju brže odraditi specijalističke preglede, manjak zdravstvenih radnika, teške povrede radnih odnosa i prava pacijenata.

Dio spomenutih problema mogao bi se riješiti sustavom nagrađivanja i kažnjavanja. Primjerice, u RH imamo veliki broj preventivnih programa, međutim, odaziv građana je slab, iako upravo preventivne mjere, koje su i znatno jeftinije od samog liječenja, mogu dovesti do smanjenja troškova u zdravstvu. Stoga bi trebalo osobama koje se redovito odazivaju na preventivne preglede smanjiti troškove liječenja, to jest porez koji im se putem plaće ili mirovine skida za potrebe financiranja zdravstva. Jednako tako, osobe koje se ne odazivaju na preventivne programe, kazniti većim izdvajanjem za zdravstvo. Nadalje, duge liste čekanja, osim što su posljedica preopterećenosti sustava i nedostatka financija (što za više i modernije aparature, što za same djelatnike u zdravstvu), često su i posljedica ne dolaska na dogovorene termine. Ponekad su ti razlozi opravdani, ali vrlo često su stvar osobnog komfora, a još je veći problem što se u većini slučajeva ne dolazak na zakazani termin niti ne javi, pa termin propada, a netko drugi je mogao doći umjesto te osobe i time smanjiti listu čekanja. U tim slučajevima trebalo bi primijeniti isti princip „kažnjavanja“. Isti princip trebalo bi uvesti i za hitne prijeme kako bi se rasteretilo hitne službe od nepotrebnih intervencija.

No, da ne bude sva odgovornost isključivo na pacijentima, potrebne su promjene i među zdravstvenim djelatnicima. Plaća bi trebala biti temeljena na učinkovitosti. Međutim, ovo je u našem društvu, u kojem u velikoj mjeri vladaju nepotizam i korupcija, gotovo nemoguće ostvariti, jer postavlja se logično pitanje, tko bi objektivno vršio kontrolu učinkovitosti? Ono što je donekle ostvarivo je kontrola kvalitete, koja se sve češće provodi po bolnicama, a neki od indikatora kvalitete su zadovoljstvo pacijenta, čekanje na zahvat ili dijagnostički postupak, rizik za pad, kontrola infekcija, dekubitusa i slično. Također, važno je da postoji dovoljno zaposlenika kako bi se svi provedeni postupci evidentirali i samim time naplatili. Veliki dio administrativnih poslova svaljen je upravo na medicinsko osoblje, koje je već ionako pretrpano poslovima zbog manjka kadra, a taj dio mogli bi preuzeti administrativni radnici.

Sve spomenuto, osim zdravstvenog sektora, tiče se i svih ostalih sudionika, prvenstveno javnosti koju treba osvijestiti, ali i političara koji bi trebali shvatiti kako ukoliko se ne fokusiraju na zdravstvo kao jedan od temelja svake zemlje, neće imati stanovništvo koje će im biti u stanju omogućiti i ekonomski rast, koji je opet jedan od bitnih faktora za financiranje zdravstva, ali i politike.

Za kraj, vrijedi se prisjetiti dosjetke američkog ekonomista Thomasa Sowell (70):

„Prva lekcija ekonomije je oskudica: nikad nema dovoljno ničega da u potpunosti zadovolji sve one koji to žele. Prva lekcija politike je zanemarivanje prve lekcije ekonomije“

6. LITERATURA

1. WHO. Health systems governance and financing [Internet]. World Health Organisation. 2023 [citirano 16. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/health-financing>
2. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. Implementing Health Financing Reform [Internet]. Europe. 2017 [citirano 16. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.who.int/activities/implementing-health-financing-reform>
3. Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: Coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ.* 2009.;87(7):549–54.
4. Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. The health care delivery system. U: *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Nursing Care: Eighth Edition.* National Academies Press (US); 2014. str. 140–63.
5. Physicians for a National Health Program. Health Care Systems - Four Basic Models The Out - of - Pocket Model [Internet]. PNHP. 2016 [citirano 13. srpanj 2023.]. str. 1–3. Dostupno na: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php
6. Vera Whole Health. Global Healthcare: 4 Major National Models And How They Work. *Adv Prim Care.* 2020.;1–9.
7. Tulchinsky TH. Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. U: *Case Studies in Public Health.* Elsevier; 2018. str. 131–79.
8. Chung M. Health Care Reform: Learning From Other Major Health Care Systems | *Princeton Public Health Review* [Internet]. Princeton Public Health. 2017 [citirano 16. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>
9. US Social Security. Social Security HISTORY [Internet]. Sv. 105, SSA.gov. 2005 [citirano 18. srpanj 2023.]. str. 15. Dostupno na: <https://www.ssa.gov/history/ottob.html>
10. Brown LD. Comparing Health Systems in Four Countries: Lessons for the United

- States. *Am J Public Health*. 2003.;93(1):52–6.
11. McPake B, Normand C, Smith S, Nolan A. *Health Economics*. 4. izd. *Health Economics: An International Perspective*. Abingdon, Oxon ; New York, NY: Routledge; 2020. 1–349 str.
 12. ISPOR. *ISPOR - US Healthcare System Overview-Background* [Internet]. ISPOR Improving healthcare decisions. 2018 [citirano 19. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1>
 13. Nishtar S. Politics of health systems: WHO's new frontier. *Lancet*. 2007.;370(9591):935–6.
 14. KFF. *Health Insurance Coverage of the Total Population | KFF* [Internet]. Kaiser Family Foundation. 2022 [citirano 19. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?currentTimeframe=0&selectedRows=%7B%22wrapups%22:%7B%22united-states%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>
 15. United States Census Bureau. *US and World Population Clock* [Internet]. USCB. 2020 [citirano 19. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.census.gov/popclock/>
 16. MLN. *Medicare Payment Systems* [Internet]. The Medicare Learning Network. 2023 [citirano 19. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/html/medicare-payment-systems.html>
 17. CMS. *Design and development of the Diagnosis Related Group (DRG)*. CMS. 2019. str. 1–14.
 18. Langenbrunner JC, O'Duagherty S, Cashin CS, urednici. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. The World Bank; 2009.
 19. Hervis RM. Impact of DRGs on the medical profession. *Clin Lab Sci*. 1993.;6(3):183–5.
 20. Mathauer I, Wittenbecher F. *Systèmes de paiement des hôpitaux basés sur des groupes homogènes de diagnostic: Expérience dans les pays à revenu faible et moyen*. *Bull World Health Organ*. 2013.;91(10):746–56.
 21. Zhang L, Sun L. *Impacts of Diagnosis-Related Groups Payment on the Healthcare*

- Providers' Behavior in China: A Cross-Sectional Study Among Physicians. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021.;Volume 14:2263–76.
22. Catalyst for Payment ReformCatalyst for Payment Reform. *Accountable care organizations (ACOs)* [Internet]. Catalyst. 2023 [citirano 19. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.catalyze.org/product/get-started-acos/>
 23. McWilliams JM, Hatfield LA, Chernew ME, Landon BE, Schwartz AL. Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *N Engl J Med*. 2016.;374(24):2357–66.
 24. Muhlestein D, McClellan MB. Accountable Care Organizations in 2016: Private and Public-Sector Growth and Dispersion. *Heal Aff Blog*. 2016.;7.
 25. Mostashari F, Sanghavi D, McClellan M. Health Reform and Physician-Led Accountable Care. *JAMA*. 14. svibanj 2014.;311(18):1855.
 26. Wortham-Collins A. Repeal, Replace and Paul Ryan: How the Republicans Plan to Reform Healthcare Reform [Internet]. Clarivate. 2016 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://clarivate.com/blog/repeal-replace-paul-ryan-republicans-plan-reform-healthcare-reform/>
 27. Berenson R. Addressing pricing power in integrated delivery: The limits of antitrust. *J Health Polit Policy Law*. 2015.;40(4):711–44.
 28. Centers for Medicare and Medicaid Services. *Medicare Accountable Care Organizations 2015 Performance Year Quality and Financial Results* [Internet]. CMS. 2016 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/medicare-accountable-care-organizations-2015-performance-year-quality-and-financial-results>
 29. Davis E. *Diagnostic-Related Groups (DRG): Definition and More* [Internet]. Dotdash Media. 2023 [citirano 19. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.verywellhealth.com/drg-101-what-is-a-drg-how-does-it-work-3916755>
 30. CMS. *Revision Date (Medicare): 1/1/2022 CHAP1-gencorrectcodingpolicies Revision Date: 1/1/2022 CHAPTER I GENERAL CORRECT CODING POLICIES FOR NATIONAL CORRECT CODING INITIATIVE POLICY MANUAL FOR MEDICARE SERVICES Current Procedural Terminology (CPT) codes, desc.* CMS. 2021.
 31. Meng Z, Hui W, Cai Y, Liu J, Wu H. The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: A

- systematic review and meta-analysis. *Health Policy* (New York). 2020.;124(4):359–67.
32. O'Brien E. Employers' Benefits from Workers' Health Insurance. *Milbank Q.* ožujak 2003.;81(1):5–43.
 33. National Academies of Sciences. Changing Patterns of Health Insurance and Health-Care Delivery - Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination [Internet]. Committee on Health Care Utilization and Adults with Disabilities. 2018 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500098/>
 34. Hoffman ED, Klees BS, Curtis CA. Overview of the Medicare and Medicaid programs. *Health Care Financ Rev Stat Suppl.* 2004.;22(SUPPL.):1–380.
 35. Medicare. About Us [Internet]. Medicare. 2023 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.medicare.gov/about-us>
 36. Medicaid. Basic Health Program [Internet]. Medicaid.gov. 2015 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.medicaid.gov/basic-health-program/index.html>
 37. Medicaid. CHIP Eligibility [Internet]. Medicaid. 2018 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.medicaid.gov/chip/eligibility/index.html>
 38. CMS. National health expenditures [Internet]. CMS. [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.cms.gov/files/document/highlights.pdf>
 39. Kamal R, McDermot D, Ramirez G, Cox C. How has U.S. spending on healthcare changed over time? - [Internet]. KFF. 2020 [citirano 21. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/u-s-spending-healthcare-changed-time/>
 40. Tolbert J, Drake P. Key Facts about the Uninsured Population [Internet]. KFF. 2022 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/>
 41. HHS. About HHS [Internet]. HHS. 2015 [citirano 20. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.hhs.gov/about/index.html>
 42. Mavridoglou G, Polyzos N. Sustainability of Healthcare Financing in Greece: A Relation Between Public and Social Insurance Contributions and Delivery Expenditures. *Inq J Heal Care Organ Provision, Financ.* 30. siječanj 2022.;59:004695802210928.

43. Notara V, Koupidis SA, Vaga E, Grammatikopoulos IA. Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: The emergent role of nursing management. *J Nurs Manag.* 2010.;18(5):501–4.
44. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health System Review. *Health Syst Transit.* rujan 2017.;19(5):1–166.
45. Karakolias SE, Polyzos NM. The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece. *Health (Irvine Calif).* 2014.;06(09):809–21.
46. Tambor M, Klich J, Domagała A. Financing healthcare in central and eastern European countries: how far are we from universal health coverage? *Int J Environ Res Public Health.* 2021.;18(4):1382.
47. Mossialos E, Thomson SMS. Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *Int J Heal Serv.* 2002.;32(1):19–88.
48. Donatini A. International Health Care System Profiles-Italy [Internet]. The Commonwealth Fund. 2020 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/italy>
49. Ferré F, Antonio Giulio, de Belvis Luca V, Silvia L, Agnese L, Giovanni F, Walter R, i ostali. Italy: health system review. *Health Syst Transit.* 2014.;16(4):1–68.
50. OECD. OECD Health Statistics 2015. 2015-07. 2015.;2012:1–2.
51. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese (RGSEP) in „Dizionario di Economia e Finanza“ [Internet]. Dizionario di Economia e Finanza. 2012 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: https://www.treccani.it/enciclopedia/relazione-generale-sulla-situazione-economica-del-paese_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/
52. Sagan A, Thompson S. Voluntary Health Insurance in Europe—Country Experience [Internet]. World Health Organization. 2016 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>
53. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. The Chilean health system financing. *Salud Publica Mex.* 2006.;48(6):512–21.
54. Fischer R, González P, Serra P. Does competition in privatized social services work? The Chilean experience. *World Dev.* 2006.;34(4):647–64.
55. Vanderbilt University. Datasets [Internet]. LAPOP. 2019 [citirano 23. srpanj

- 2023.]. Dostupno na: <https://www.vanderbilt.edu/lapop/raw-data.php>
56. NHTSA. National Medical Security Administration Statistics 2019 National Medical Security Development Statistical Bulletin [Internet]. 2020 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: http://www.nhtsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html
 57. Ke X. What is the concept of per capita GDP exceeding \$1? [Internet]. People's Daily. 2020 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1656049179746010782&wfr=spider&for=pc>
 58. Liu, Chang, Haseltine W. Singapore : International Health Care System Profiles [Internet]. The Commonwealth Fund (CMF) International Health Care System Profiles. 2018 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/singapore>
 59. Tan CC, Lam CSP, Matchar DB, Zee YK, Wong JEL. Singapore's health-care system: key features, challenges, and shifts. *Lancet*. 2021.;398(10305):1091–104.
 60. Šimović H, Žaja MM, Primorac M. Fiscal (un)sustainability of the Croatian healthcare system: additional impact of the COVID-19 crisis. *Public Sect Econ*. 2021.;45(4):495–515.
 61. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Reforma zdravstvenog sustava [Internet]. 2015 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/o-ministarstvu/djelokrug-1297/1297>
 62. HZZO. Opis zdravstvenog sustava [Internet]. 2021 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>
 63. Dzakula A, Vočanec D, Banadinovic M, Vajagic M, Lončarek K, Lukačević Lovrenčić I, i ostali. Croatia: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2021.;23(2):1–146.
 64. Lim J. Sustainable Health Care Financing: The Singapore Experience. *Glob Policy*. 2017.;8:103–9.
 65. Bloomberg Rankings. The world's healthiest countries. Romania. 2012.;48(54.60):6–22.
 66. Tett G. Thank you, Singapore [Internet]. *Financial Times*. 2013 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.ft.com/content/c7e99970-ce3c-11e2-a13e-00144feab7de>
 67. Khoo HS, Lim YW, Vrijhoef HJM. Primary healthcare system and practice

- characteristics in Singapore. *Asia Pac Fam Med*. 2014.;13(1):8.
68. Stigler FL, Starfield B, Sprenger M, Salzer HJF, Campbell SM. Assessing primary care in Austria: Room for improvement. *Fam Pract*. 2013.;30(2):185–9.
69. Meng-Kin L. Health care systems in transition II. Singapore, part i. an overview of health care systems in Singapore. *J Public Heal (United Kingdom)*. 1998.;20(1):16–22.
70. Njolomole M. Thomas Sowell's thoughts on the welfare state [Internet]. *American Experiment*. 2020 [citirano 23. srpanj 2023.]. Dostupno na: <https://www.americanexperiment.org/thomas-sowell-on-the-welfare-state/>

7. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci

Ime i prezime: Luka Kuzmanić

Datum rođenja: 28.12.1995.

Mjesto rođenja: Split

Obrazovanje i osposobljavanje:

2002.-2010. OŠ Lučac Split

2010.-2014. IV. gimnazija „Marko Marulić“ Split

2014.-2018. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, preddiplomski sveučilišni studij radiološke tehnologije

2019.-2023. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, diplomski sveučilišni studij radiološke tehnologije

PRILOZI

Prilog A: Popis ilustracija

Popis slika:

Slika 1 William Beveridge	4
Slika 2 Otto von Bismarck	7

Popis tablica:

Tablica 1 Prednosti i nedostaci Beveridgeovog modela	6
Tablica 2 Prednosti i nedostaci Bismarckovog modela	8
Tablica 3 Prednosti i nedostaci DRG sustava	11

Prilog B: Popis korištenih kratica

NHS	Nacionalna zdravstvena služba Velike Britanije
SAD	Sjedinjene Američke Države
DRG	engl. diagnostic-related group
CMS	centri za Medicare & Medicaid Services
ACO	engl. Accountable care organizations
APO	engl. Ambulatory Payment Classification
CPT	engl. Current Procedural Terminology
CHIP	engl. Children's Health Insurance Program
USD	američki dolar
BDP	bruto domaći proizvod
SZO	socijalno zdravstveno osiguranje
SSN	tal. Servizio sanitario nazionale
FONASA	španj. Fondo Nacional de Salud
ISAPRE	španj. Instituciones de Salud Previsional
BMI	engl. Basic medical insurance
EBMI	engl. Employee Basic medical insurance
RBMI	engl. Residents Basic medical insurance
CNY	kineski jen
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
EU	Europska unija